جامعة مؤتة
كلية الدراسات العليا

اتجاهات أسر ذوي الإعاقة نحو زواج أبنائهم وعلاقتها بجودة الحياة

إعداد الطالبة
شريفة محمد فالح الجعافرة

إشراف الأستاذ الدكتور
محمد إبراهيم السفاسفة

رسالة مقدمة إلى كلية الدراسات العليا
استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الإرشاد النفسي والتربوي/ قسم الإرشاد والتربية الخاصة

جامعة مؤتة ، 2016

الآراء الواردة في الرسالة الجامعية لا تُعبر
بالضرورة عن وجهة نظر جامعة مؤتة

بسم الله الرحمن الرحيم

جامعة مؤتة
كلية الدراسات العليا

MUTAH UNIVERSITY
College of Graduate Studies

نموذج رقم (١٤)

قرار إجازة رسالة جامعية

تقرر إجازة الرسالة المقدمة من الطالبة شريفه محمد الجعافره الموسومة بـ:

اتجاهات اسر ذوي الاعاقة نحو زواج ابنائهم وعلاقتها بجودة الحياة

استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الارشاد النفسي التربوي.

القسم: الارشاد والتربية الخاصة.

	التوقيع	التاريخ	
أ.د. محمد ابراهيم السفاسفه		13/11/2016	مشرفاً ورئيسا
أ.د. احمد عبدالحليم عربيات		13/11/2016	عضواً
د. جهاد سليمان القرعان		13/11/2016	عضواً
د. محمد عبدالسلام البواليز		13/11/2016	عضواً

عميد كلية الدراسات العليا

د.محمد عبدالرحيم المحاسنه

مؤته – الكرك – الاردن
الرمز البريدي: ٦١٧١٠
تلفون: ٠٣/٢٣٧٢٣٨٠-٩٩
فرعي 5328-5330
فاكس 375694 ٠٣/٢
البريد الالكتروني
الصفحة الالكترونية

MUTAH-KARAK-JORDAN
Postal Code: 61710
TEL :03/2372380-99
Ext. 5328-5330
FAX:03/ 2375694
sedgs@mutah.edu.jo dgs@mutah.edu.jo e-mail:
http://www.mutah.edu.jo/gradest/derasat.htm

الإهداء

إليك يا من بذلت ولم تنتظر العطاء

يا ينبوع الصبر والتفاؤل والأمل

إلى كل من في الوجود وبعد الله ورسوله

إلى سندي وقوتي وملاذي بعد الله

أمـــــي الحبيبة

الشكر والتقدير

اللهم لك الحمد كما أنت أهله ووليه وكما ينبغي لجـــلال وجهـــك وعظـــيم سلطانكاللهم لك الحمد حمدا أبلغ به رضاك وأودي به شكرك واستوجب به المزيد من فضلك أتقدم بخالص الشكر إلى أستاذي الـــدكتور محمـــد السفاســـفة لقبولـــة الاشراف على رسالتي ...

وبأشد الكلمات الطيبة النابعة من قلب وفي أقدم شكري وامتناني لمن كـــانوا سبب في استمرار واستكمال مسيرة حياتي ، ومن وقف معي بأشـــد الظـــروف ، ومن حفزوني على المثابرة أقدم لكم أجمل عبارات الشكر والأمتنان.

كما وأتقدم بجزيل الآمتنان والشكر إلى أعضاء لجنة المناقشـــة لتفضـــلهم بقبول مناقشة هذه الرسالة وإثرائهم الدراسة بملاحظاتهم القيمـــة. وكلمـــة شـــكر وعرفان إلى كل من قدم العون والمساعدة في انجاز هذا العمل

شريفة محمد الجعافرة

قائمة المحتويات

المحتوى	الصفحة
الإهداء	أ
الشكر والتقدير	ب
قائمة المحتويات	ج
قائمة الجداول	هـ
قائمة الملاحق	ز
الملخص باللغة العربية	ح
الملخص باللغة الإنجليزية	ط
الفصل الأول: خلفية الدراسة وأهميتها	1
1.1 خلفية الدراسة	1
2.1 مشكلة الدراسة وأسئلتها	3
3.1أهداف الدراسة	4
4.1 أهمية الدراسة	4
5.1 التعريفات المفاهيمية والإجرائية	5
6.1 حدود الدراسة	6
الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة	7
1.2 الإطار النظري	7
2.2 الدراسات السابقة	43
الفصل الثالث: المنهجية والتصميم	45
1.3 منهج الدراسة	45
2.3 مجتمع الدراسة	45
3.3 عينة الدراسة	45
4.3أداة الدراسة	46
5.3 صدق وثبات أداة الدراسة	47

6.3 إجراءات تطبيق الدراسة 56
7.3 المعالجات الإحصائية 57
الفصل الرابع: عرض النتائج ومناقشتها والتوصيات 58
1.4 عرض النتائج ومناقشتها 58
2.4 التوصيات 74
قائمة المراجع 75
الملاحق 82

قائمة الجداول

الجدول	العنوان	الصفحة
1	المتغيرات النوعية للمعاقين في أسر عينة الدراسة	46
2	الفقرات التي تم حذفها من مقياس اتجاهات أسر ذوي الإعاقة نحو زواج أبناءهم	47
3	معاملات الارتباط بين الفقرات والدرجة الكلية لمقياس اتجاهات أسر ذوي الإعاقة نحو زواج أبناءهم	48
4	قيم معاملات الثبات لمقياس اتجاهات أسر ذوي الإعاقة نحو زواج أبناءهم	49
5	الفقرات التي تم حذفها من مقياس جودة الحياة	52
6	معاملات الارتباط بين الفقرات والدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة في البعد الشخصي	52
7	معاملات الارتباط بين الفقرات والدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة في البعد الأسري	53
8	معاملات الارتباط بين الفقرات والدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة في البعد الاجتماعي	53
9	قيم معاملات الثبات لمقياس جودة الحياة لدى أسر ذوي الإعاقة	54
10	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والمستوى والترتيب لاتجاهات الأسر ذوي الإعاقة نحو زواج أبناءهم	58
11	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والمستوى والترتيب لاتجاهات عينة الدراسة على مجالات مقياس جودة الحياة	62
12	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والمستوى والترتيب لاتجاهات عينة الدراسة على فقرات البعد الشخصي كأحد أبعاد مقياس جودة الحياة	63
13	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والمستوى والترتيب	65

لاتجاهات عينة الدراسة على فقرات البعد الأسري كأحد أبعاد مقياس جودة الحياة

14	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والمستوى والترتيب لاتجاهات عينة الدراسة على فقرات البعد الاجتماعي كأحد ابعاد مقياس جودة الحياة	66
15	العلاقة بين مستوى اتجاهات أسر ذوي الإعاقة نحو زواج أبناءهم ذوي الاعاقة ومستوى جودة الحياة لديهم	69
16	نتائج اختبار (Z) الفشرية لاختبار معنوية الاختلاف بين معاملات الارتباط بين مستوى اتجاهات أسر ذوي الإعاقة نحو زواج أبناءهم ذوي الاعاقة ومستوى جودة الحياة لديهم باختلاف النوع الاجتماعي للمعاق في الأسرة	71
17	نتائج اختبار (Z) الفشرية لاختبار معنوية الاختلاف بين معاملات الارتباط بين مستوى اتجاهات أسر ذوي الإعاقة نحو زواج أبناءهم ذوي الاعاقة ومستوى جودة الحياة لديهم باختلاف نوع الإعاقة للمعاق في الأسرة	73

قائمة الملاحق

الرمز	العنوان	الصفحة
أ	قائمة بأسماء المحكمين	82
ب	المقياس بصورته الأولية	84
ج	المقياس بصورته النهائية	92

المُلخص

اتجاهات أسر ذوي الإعاقة نحو زواج أبنائهم وعلاقتها بجودة الحياة

شريفة محمد الجعافرة

جامعة مؤتة،2016

هدفت الدراسة إلى الكشف عن اتجاهات أسر ذوي الاعاقة نحو زواج ابناءهم وعلاقتها بمستوى جودة الحياة لديهم، و اختلاف هذه العلاقة باختلاف النوع الاجتماعي، ونوع الاعاقة للابناء، ولاختيار عينة الدراسة، فقد اعتمدت الدراسة على أسلوب المسح الشامل لعناصر مجتمع الدراسة ، تكونت عينة الدراسة من (160) أسرة من أسر ذوي الأفراد المعاقين. ولتحقيق أهداف الدراسة تم تطوير مقياسين هما: مقياس الاتجاهات نحو زواج الابناء ذوي الإعاقة ، ومقياس جودة الحياة، وقد تم التاكد من دلالات صدقهما وثباتهما بالطرق العلمية المناسبة. أشارت نتائج الدراسة إلى أن اتجاهات الاسر نحو زواج ابنائهم من ذوي الاعاقة هي سلبية ومرتفعه، وأن مستوى جودة الحياة لديهم جاء بمستوى عالي، كما أشارت النتائج إلى وجود علاقة عكسية بين اتجاهات الاسر نحو زواج ابنائهم من ذوي الاعاقة ومستوى جودة الحياة لديهم، خاصة في أبعاد:الشخصي والاسري والاجتماعي، وان العلاقة بين هذه المتغيرات لا تختلف باختلاف النوع الاختماعي ونوع الاعاقة. وقد خلصت الدراسة الى مجموعة من التوصيات أهمها: العمل على تطوير برامج إرشادية لتوعية أسر ذوي الإعاقة بحقوق ابناءهم لا سيما الاسرية منها.

الكلمات المفتاحية: اتجاهات اسر ذوي الاعاقة، نوع الاعاقة، جودة الحياة.

Abstract

Disabled Families' Attitudes Toward Their Children's Marriage in Relation With Life Quality And Disability Type

Sharefih Mohammad AL- Jaafreh

Mu'tah University – 2016

The study aimed to identify the disabled families' attitudes toward their children marriage in relation with the life quality level among them and the variance of such a relationship based on gender and type of disability. The sample of the study was consisted of (160) families of disabled individuals . To achieve the goals of the study , two scale were developed : Attitudes toward marriage of the disabled children scale and the scale of life quality , and were checked for reliabilities and validities based on appropriate scientific methods. Results of the study indicated that families attitudes toward their disable children marriage were negative and high , and that the level of life among them came at high level , results also indicated inverse relationship between families attitudes toward their children marriage and the level of life quality among them in particular in the personal, the familial and the social dimensions and the relation among these variables does not vary based on the variance of gender and disability type .

The study concluded with a group of recommendations among which , Conducting more studies that address the disabled families; attitudes toward marriage of the disabled and link them with other variables and include the disabled in common ; in addition to developing educational programs for parents of the disabled regarding thier childrn rightd and the familial rights in particular .

Key Words : Attitudes of thr disabled families / Type of disability / Life quality

الفصل الأول

خلفية الدراسة وأهميتها

1.1 المقدمة:

تتحمل الاسرة مسؤولية كبيرة ومهمات صعبة جدا وشاقة، عند قيامها بتنشئة الابناء تنشئة صالحة، واذا كان الأمر كذلك بالنسبة لتنشئة الاطفال العاديين، فإن تربية الاطفال المعاقين تعد اكثر صعوبة واكثر مشقة، وذلك كون الإعاقة تشكل مشكلات وتحديات جمة للأسرة، فالإعاقة غالبا ما تنطوي على صعوبات نفسية ومادية وطبية واجتماعية وتربوية، وان تكيف الاسرة مع ظروف إعاقات الابناء يختلف من اسرة لاخرى، بل من فرد لاخر.

يشير كفافي(2003) بانه ليس من الضروري ان يثير وجود الطفل المعوق الخلافات الاسرية، حيث اظهرت عدد من الدراسات (عبدالعزيز،2005)ان بعض الاسر ممن لديها طفل معوق كانت تحظى بقدر من التفاهم والتوافق الزواجي، ويبدو ان الامر يتعلق بنضج وطبيعة علاقتهما من الاساس. ولقد اشارت بعض الدراسات بأن الاباء الذين يهتمون ويتابعون ابنائهم المعاقين هم اكثر تقبلا لهم، كما ان بعض الاسر تعتبر الطفل رفيقا للأم الأمر الذي يساعد على تقبلة من قبل بقية افراد الاسرة.

وفي دراسة سولومان(solomon 2008) للتعرف على وجهات نظر الاباء والامهات عند وجود طفل معاق في الاسرة، تبين ان مساعدة الاباء للأمهات في الاعتناء بالطفل المعاق داخل الاسرة تسهم في انخفاض مستوى التوترات وزيادة مستوى التكيف لدى الاسرة.

إن الإعاقة بشكل عام حالة اجتماعية ، وإن إعاقة الفرد جسميا او سلوكيا أو عقليا تصبح كذلك حينما يراها المجتمع ، او الأسرة أو الفرد نفسه، على انها واقع يشكل اختلافا غير المرغوب فيه من الاخرين ، واساليب تعامل استثنائية ، وإحاطته بظروف بيئية خاصة ، وسلوكيات اجتماعية ذات طبيعة مختلفة ثم استبعاد الفرد تدريجيا عن الحياة الاجتماعية العادية، ويترتي على ذلك حرمان الفرد من الحقوق الانسانية العادية ، مثل الحق في اشباع الدوافع الجنسية (الزواج)، في إطار العرف

والقيم الاجتماعية ،إذ من غير الجائز ان نتصور ان المعاقين لـــيس لـــديهم حاجـــات جنسية اجتماعية لإقامة أسرة عادية(أبو حلاوة،2011).

ويعد مفهوم جودة الحياة الاسرية من المفاهيم الحديثة نســبيا، والتـــي القـــت الضوء على اسر الاطفال المعاقين، وكيفية التعامل معهم ومساعدتهم علـــى تخطـــي الاثار الناجمة عن الإعاقة والتوافق معها، وذلك من خلال تركيز برامج ، وخـــدمات التربية الخاصة بشكل أساسي على الأسرة، وأصـــبحت الأســـرة محورالعديـــد مـــن البرامج الأرشادية، وبرامج التدخل المبكر لأطفالها، لأن وجود طفل معـــاق داخـــل الأسرة، يحتاج الى إعداد برامج واستراتيجيات متنوعة الجوانب لارشـــاد وتـــدريب الوالدين بشأن الإعاقة (أشرف,2005).

ولما كانت جودة حياة الفرد ترتبط في الأصل بجودة حياة أشخاص اخرين في بيئته، وإن جودة حياة الشخص تعكس الميراث الثقافي للفرد وهؤلاء الذين يحيطـــون به، فإن جودة حياة الفرد ترتبط وتتأثر بجودة الحياة الأسرية، والتي هـــي محصـــلة لجودة حياة افرادها كأعضاء في النسق الأسري، باعتبـــار أن الاســـرة هـــي البيئـــة الأولى، والأقرب للفرد من الناحية المادية، والنفسية، ومن هنا يكمن الدور المهم الذي تلعبة الأسرة في تحسين جودة حياة الفرد أو تدهورها (رجب، 2009).

وتتنوع اتجاهات الوالدين و الأسرة نحو الطفل المعـــاق, إمـــا بالإيجـــاب أو بالسلب ومنها اتجاهاتهم نحو زواج ابنائهم المعاقين، وحيث ان الزواج حاجة اساسية فطرية للأنسان, وهو المدخل الشرعي الوحيد لبناء الاسرة التي هي اللبنة الاساســـية في المجتمع، والمعاق اولا واخيرا انسان, ومن حقـــه علـــى اســـرته ومجتمعـــة ان يساعدوه في عيش كريم، وان يكون اسرة كما الاخرين، شريطة ان لا يؤثر ذلك على حقوق الاخرين(عبدالعزيز،2005).

فالتعرف على اتجاهات اسر ذوي الاعاقة قضية ذات أهمية كبيرة، ويوجد من هو مؤيد لهذه القضية ومن هو معارض، ولقد تم اختيار هذه القضية بســـبب افتقـــار المعلومة الكافية عن اتجاهات الاسر نحو زواج ابناءهم المعوقين، لذا مـــن الأهميـــة والضرورة أن نناقشها بكل وضوح وصراحة من كافة الأطراف والنواحي، لعـــل وعسى أن نساهم في زيادة الوعي بها، وأن نتذكر دائماً أنها قضـــية إنســـانية مـــن

الدرجة الأولى، تمس أحباب لنا هم في النهاية من الأصدقاء أو الجيران أو الأقارب أو الأخوة.

2.1 مشكلة الدراسة وأسئلتها:

يعتبر وجود فرد ذو اعاقة في الأسرة من اهم المشكلات والتحديات التي تواجهها، لما لهذا الامر الاثر الكبير في احداث تغيير في تكيف الاسرة، وايجاد خلل في التنظيم النفسي والاجتماعي لافرادها، ومن هذه التحديات قضية زواج المعاقين، ورغم ايمان الكثير بهذا الهدف والسعي الى تحقيقه وتطبيق البعض له، الا ان هناك فئة ما زالت تعتبر المعاق انسانا غير مكتمل، ولا يحق له الزواج والانجاب، إما خوفا من فشل التجربة او من رفض الاخرين للنتائج المتوقعة في حال وقوع المشاكل، او تبدو نقطة الخلاف في هذا الموضوع على من تقبل او يقبل الارتباط بشخص معاق، وما الشروط التي تحكم الطرفين، وهل هناك بنود يجب اضافتها لعقد زواج المعاقين، غير موجودة بالعقد الأصلي على اعتبار ان العقد شريعة المتعاقدين. فقد أشارت جميل(2001) في دراسته إلى ان هناك فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات اتجاهات الوالدين نحو التربية الجنسية لابنائهم المعاقين لصالح الانباء المعاقين سمعيا وبصريا على الابناء المعاقين عقليا.

وبشكل أكثر فأن الدراسة الحالية جاءت للتعرف على (اتجاهات الأسر نحو زواج ابنائهم وعلاقتها بجودة الحياة) وستسعى هذه الدراسة الى الاجابة عن الاسئلة التالية :

1. ما اتجاهات أسر ذوي الإعاقة في محافظة الكرك نحو زواج أبناءهم ذوي الاعاقة ؟
2. ما مستوى جودة الحياة لدى اسر ذوي الاعاقة في محافظة الكرك؟
3. هل توجد علاقة بين اتجاهات أسر ذوي الإعاقة نحو زواج أبناءهم المعاقين ومستوى جودة الحياة لديهم ؟

4. هل تختلف العلاقة بين مستوى اتجاهات أسر ذوي الإعاقة نحو زواج أبناءهم ذوي الاعاقة ومستوى جودة الحياة لديهم باختلاف متغيرات (النوع الاجتماعي للمعاق في الأسرة، ونوع الإعاقة) ؟

3.1 أهمية الدراسة:

الأهمية النظرية

تنبثق أهمية الدراسة الحالية من أهمية الفئة التي تستهدفها وهي أسر ذوي الإعاقة التي تواجه تحديات كبيرة بسبب الاعاقة لابنائهم، كما تبرز أهمية الدراسة من أهمية موضوعها وهو اتجاهات الاسر ذوي الاعاقة نحو زواج أبنائهم وعلاقته بمستوى جودة الحياة لديهم.

الأهمية التطبيقية

1. تساعد نتائج هذه الدراسة في توفير بعض البيانات التي قد تستخدم من قبل متخذي القرار في تحسين الخدمات المقدمة لفئة اسرذوي الإعاقة وأبنائهم، وتوفير ادوات للمختصين في الكشف عن اتجاهات اسر ذوي الاعاقة نحو زواج ابنائهم، مساعد الاخصائيين والعاملين في الميادين النفسية والتربية الخاصة على تطوير اساليب وبرامج للتعامل مع اتجاهات اسر ذوي الاعاقة نحو زواج ابناءهم ، مما ينعكس ايجابا على اسر ذوي الاعاقة وابنائهم وعلى المجتمع ككل.

4.1 أهداف الدراسة:

1. التعرف على اتجاهات اسر ذوي الاعاقة نحو زواج ابناءهم.
2. التعرف على مستوى جودة الحياة لديهم.
3. استقصاء العلاقة بين مستوى اتجاهات أسر ذوي الإعاقة نحو زواج أبناءهم المعاقين ومستوى جودة الحياة لديهم.
4. استقصاء اختلاف العلاقة بين اتجاهات اسر ذوي الاعاقة نحو زواج ابناءهم وعلاقتها بجودة الحياة باختلاف النوع الاجتماعي.

5. استقصاء اختلاف العلاقة بين اتجاهات اسر ذوي الاعاقة نحو زواج ابناءهم وعلاقتها بجودة الحياة تبعا لنوع الاعاقة .

5.1 التعريفات المفاهيمية والإجرائية:

تضمنت الدراسة الحالية المصطلحات الاتية:

الاتجاه (Attitude):

يعرفه شحادة: بانه الموقف الذي يتخذه الفرد أو الاستجابة التي يبديها إزاء شيء معين أو حديث معين أو قضية معينة إما بالقبول أو الرفض أو المعارضة، نتيجة لمروره بخبرة معينة أو بحكم توافر ظروف أو شروط تعلق بذلك الشيء أو الحدث أو القضية، وهو مفهوم يعكس مجموع استجابات الفرد، آما تتمثل في سلوكه نحو الموضوعات والمواقف الاجتماعية التي تختلف نحوها استجابات الأفراد بحكم أن هذه الموضوعات أو المواقف تكون جدلية بالضرورة أي تختلف فيها وجهات النظر، وتتسم استجابة الفرد بالقبول بدرجات متباينة أو بالرفض بدرجات متباينة أيضًا(محمد،2012).

وتعرف الاتجاهات اجرائيا: بأنه الدرجة الكلية التي تحصل عليها الامهات على مقياس اتجاهات الاسر نحو زواج ابناءهم ذوي الاعاقة .

جودة الحياة (Life Quality):

يشير مصطفى الى جودة الحياة بأنها مجموع تقييمات الافراد لجوانب حياتهم اليومية في وقت محدد وفي ظل ظروف معينة وادراكهم لمكانتهم ووضعهم في الحياة في محيط المنظومة الثقافية التي يعيشون فيها، وعلاقة ذلك باهدافهم وتوقعاتهم ومعاييرهم واهتماماتهم في ضوء تقييمهم لجوانب حياتهم التي تشمل الرضا عن الحياة، الانشطة، المهنية، انشطة الحياة اليومية، السعادة، الاعراض النفسية، الصحة البدنية، المساندة والعلاقات الاجتماعية والحالة المادية (جابر،محمد،ابراهيم،2013).

وتعرف جودة الحياة اجرائيا: بأنها الدرجة الكلية التي يحصل عليها الامهات على مقياس جودة الحياة.

الاعاقة:

هم أطفال بحاجه إلى خدمات تربوية وخدمات داعمة كونهم يعانون من حالة عجز حسي أو عقلي او جسمي تفرض قيودا شديدة عليهم (الخطيب,2004).

اجرائيا: هم أسر الأطفال ذوي الإعاقة العقلية والتوحد.

الإعاقة العقلية : التعريف السيكومتري هو نسبة الذكاء كمحك لتعريف الإعاقةالعقلية وقد اعتبر الأفراد الذين تقل نسبة ذكائهم عن 75 معاقين عقليا.

التعريف الاجتماعي ويركز على مدى نجاح أو فشل الفرد في الاستجابةلا للمتطلبات الاجتماعية المتوقعة منه مقارنة مع نظرائه في نفس المجموعة العمريةوعلى ذلك يعتبر الفرد معوقا عقليا إذا فشل في القيام بالمتطلبات الاجتماعية المتوقعة.(الروسان ، 2003).

التوحد: كولمان (Colman, 2003) فيعرف التوحد بأنه اضطراب نمائي عام يتسم بقصور واضح في القدرة على التفاعل الاجتماعي والقدرة على التواصل كما أنه يتسم بمجموعة من الأنشطة والاهتمامات والأنماط السلوكية النمطية المحددة مع وجود اضطرابات في اللغة والكلام وتبدأ قبل سن الثالثة من العمر (Colman, 2003).

6.1 حدود الدراسة:

تتحدد الدراسة الحالية بالآتي:

1. الحدود البشرية: تحددت الدراسة بأسر (أمهات) ذوي الاعاقة من فئة الاعاقة العقلية والتوحد.
2. الحدود الزمانية: تحدد اجراء هذه الدراسة لسنة 2016\2015.
3. الحدود الموضوعية: تتحدد الدراسة باستجابات أفراد العينة على فقرات مقاييس الدراسة: مقياس الاتجاهات، ومقياس جودة الحياة المطورين لاغراض الدراسة.
4. الحدود المكانية: تتحد الدراسة بأنها تشمل اسر ذوي الاعاقة في محافظة الكرك .

الفصل الثاني

الإطار النظري و الدراسات السابقة

يشتمل هذا الفصل على جزأين: الأول، الإطار النظري، أما الجــزء الثــاني، فيتناول الحديث عن أهم الدراسات السابقة.

1.2 الإطار النظري

تلعب الاتجاهات النفسية دوراً هاماً في التعلم الإنساني فعــن طريــق معرفــة اتجاهات الفرد نحو موضوع معين يمكن التنبؤ بدرجة تحقيقه لهذا الموضوع،ومن خلال تحديد اتجاهات الأفراد تحديداً دقيقاً، يمكن التعرف على أسباب فشلهم في النجاح في أداء بعض الأعمال أو عدم توافقهم مع مجموعة أخرى من الأفراد. هذا وتتكون لدى الفــرد خلال مرحلة التنشئة والتطبيع الاجتماعي اتجاهات نحو الأفراد والجماعات والمؤسسات والمواقف الاجتماعية، لذلك فإن كل ما يقع في المجال البيئي للفــرد يمكــن أن يكــون موضوع اتجاه من اتجاهاته ولهذا تعتبر الاتجاهات من أهم محركات السلوك الإنساني، وتعتبر مؤشراً هاماً من مؤشرات نمو الشخصية(منسي، 2006).

ويعرف الاتجاه: بأنه استعداد نفسي أو تهيئة عقلية عصبية متعلمة تؤهل الفرد للاستجابة بأنماط سلوكية محددة(ايجابية أو سلبية)، نحــو أشــخاص أو أفكــار، أو اوضاع واشياء معينة في البيئة التي تستثير هذه الاستجابة(الحمدان ،2016).

و للاتجاه ثلاثة عناصر أو مكونات وتشمل.

الأول: المكون المعرفي الذي تتكون منه أغلب الاتجاهــات والمتمثــل بالمعــارف والمعلومات والأفكار والمعتقدات المتشكلة لدى الفرد حول موضوع الاتجــاه ، لــذا فإنها تبقى مفهوماً معنوياً غير ملموس، وبالإمكان الاســتدلال عليهــا مــن خــلال ممارسات ملحوظة تُعّبر عن الاتجاهات وترتبط بها .

والثاني: المكون الانفعالي أو الوجداني المتمثل بمشاعر الفرد الموجهة نحو موضوع الاتجاه وتكون مرتبطة بتكوينه العاطفي والمؤثرة بتقبله أو رفضه لموضوع الاتجاه .

واخيرا المكون السلوكي أو النزوعي: الذي يُشــير إلــى الاســتعدادات والأنمــاط

السلوكية أو الاستجابات المنسجمة والمتوافقة مع المكونـــات المعرفيـــة والانفعاليـــة للاتجاه.

ويعمل الاتجاه على الربط بين المكونات الثلاثـــة الســـابقة (المعرفـــي ،الانفعـــالي، السلوكي) بشكل منتظم ، رغم عدم اتساق هذه المكونات (السعود،2013).

نظريات فسرت الاتجاه:

- المدرسة السلوكية:
- استخدمت المدرسة السلوكية مبادئ مستمدة من نظريات التعلم لتفسير تكـــوين الاتجاهات سواء نظريات الارتباط الشرطي، او نظريات التعزيز،فالاتجاهات هي عادات متعلمة من البيئة على وفق قوانيين الارتباط واشـــباع الحاجـــات(حسين، 2015).
- نظرية التعلم الاجتماعي:
- وفسرها باندورا(Bandora) وفقا للتعلم بالملاحظة على أساس ان ســـلوك الشخص النموذج يؤثر في اتجاهات وسلوك الأفراد الملاحظين مـــن خـــلال عملية الثواب والعقاب المقدملسلوك النموذج(جابر والشيخ،1987).
- نظرية التنافر المعرفي:
- حيث فسرها فستنجر (Festiger) من خلال عملسية التنافر المعرفي المتعلقة بالمعلومات الخاصة بالاتجاة المتعلم ، فعنـــدما يحصـــل التنـــافر فـــي تلـــك المعلومات يؤدي الى تنافر اتجاهات الفرد بما يتناسب مع الموقف المعـــرض له، ثم يتكون الاتجاه السابق المتمثل بتغير المعلومات وفقا للمعلومات الجديدة(حسين،2015).

اتجاهات الأسر نحو زواج ابناءهم

يعد الزواج ظاهرة اجتماعية في المجتمعات البشرية ولا خلاف على وجـــوده في كل المجتمعات على اختلافها، القديمة منها والحديثة، الفقيرة والغنيـــة، المتخلفـــة والمتقدمة، إلا أن الخلاف الأساسي يكمن في كثير من الأمور المرتبطة بالزواج مثل، طريقته وعدد الزوجات والمراسم والطقوس.

ويعرف الزواج على انه وجود علاقة دائمة بين الرجـــال والنســـاء لتنظـــيم العلاقات الانسانية الحميمة ومن ضمنها اشباع الحاجات الجنسية لدى كليهما بطريقـــة مشروعة, وتتصف هذه العلاقة بقدر من الثبات والامتثال للمعايير الاجتماعية, فهـــي الوسيلة التي يعتمد عليها المجتمع لتنظيم المسائل الجنسية وتحديد مســـؤولية صـــور التزاوج الجنسي بين البالغين مثل حقوق الزوجة وحقوق الزوج والانجاب والميـــراث وغيرها (الخولي, 2002).

ويكفل الزواج إشباع حاجات أخرى إلى جانب الحاجات الجنسية مثل الرفقـــة، والتعاون، وتقسيم العمل، وبالتحديد، تنقسم هذه الحاجات التي تشبع من خلال الزواج إلى الحوافز والحاجات كما أوردها (الخولي، 2002)، إلى

1. الحافز البيولوجي على الزواج.
2. الأمان الاقتصادي، وتقسيم العمل بين الزوجين من ناحية وبينهما وبين الأبناء من ناحية أخرى.
3. الصداقة المشوبة بالجنس.
4. الصداقة غير المشوبة بالجنس.
5. الاهتمام بالمنزل والأطفال.

تحتل قضية زواج المعاقين حيزا مهما في حياة الأشخاص ذوي الإعاقة وحقهـــم في الحياة الكريمة التي كفلتها لهم معظم التشريعات والقوانين المعمول بها في البلدان المختلفة، والحق في تكوين أسرة وإنجاب الأطفال هي من جملة هذه الحقـــوق وهـــي من القضايا المهمة التي فرضت نفسها في أجندة عمل المهتمين بهذه الفئة من أفـــراد المجتمع في الآونة الأخيرة مع تطور الوعي بأهمية تحسين نوعية الحياة لهذه الفئـــة من أفراد المجتمع (شعبان، 2015).

وتعد هذه القضية من القضايا التي تحث الجميع على دمجهم بصورة طبيعية وتأهيلهم لمستقبل أكثر أمانا، بدل من زواجهم بشكل عشوائي ، مما يزيد من احتمالية توريـــث الإعاقة لابنائهم.

كما ويعتبر التعبير الجنسي والزواج والأبوة أو الأمومة من أكثر الموضوعات الجدلية التي تحيط بالراشدين المعاقين عقلياً، وغالباً ما لا يختلف التطور الجنسي للمعاقين عقلياً عن أقرانهم العاديين على الرغم من وجود بعض المشاكل لديهم في فهم الجنس والتفاعل معه (جميل، 2001).

ولا يزال مفهوم بعض الآباء والمتخصصين والناس العاديين مرتبطاً ببعض المفاهيم الخاطئة التي يرفضون على أساسها الاعتراف بحق المعاقين عقلياً في الزواج وتكوين أسرة، وتتمثل هذه المفاهيم الخاطئة حسب باتون وآخرون .Patton et al (1990) في العناصر التالية:

1. أنهم غير مهتمين بالجنس.
2. أنهم غير قادرين جنسياً.
3. أنهم يفتقدون القدرة على فهم واستيعاب المعلومات الخاصة بالجنس.
4. أنهم يفقتدون القدرة على التحكم في رغباتهم الجنسية بشكل مسئول.
5. أن لديهم ما يكفيهم من الصعوبات كيلا يخاطروا بالدخول في علاقات جنسية.
6. أنهم سوف ينجبون أطفالاً مثلهم.
7. أنهم غير قادرين على العناية بالأطفال كما يجب.

وذهب البعض الآخر إلى معارضة فكرة زواج المعاقين عقليا بدعوى أن الزواج مسؤلية كبيرة وليس مجرد إشباع رغبات، وأن من أهم شروطه أن يكون الرجل كامل الأهلية، قادراً على الإنفاق وعلى رعاية الأسرة وحمايتها، وبالتالي لا يجب الترحيب بزواج محكوم عليه بالفشل حتماً (إبراهيم، 2009).

ويشير كلارك (Clark, 1982) إلى أن هناك محور آخر يتم على أساسه رفض الزواج والعلاقات الجنسية بين الأفراد المعاقين عقلياً، وهذا المحور يتمثل في أن هذه العلاقات يلزمها نوع من المسئولية والعقلانية، وهذا ما لا يتواجد لدى هذه الفئة، ولذا كان من حق المجتمع الحد من فرص الزواج لدى أفراد هذه الفئة.

ويرى شابمان وبيتسياتلي(Chapman and Pitceathly, 1985)، أنه غالباً ما يتم إبداء مشاعر الخوف والرفض العام في المجتمع للجانب الجنسي عند المعاقين

عقلياً والسبب وراء هذا الرفض هو أنهم ليسو أسوياء تماماً، وهذا الافتراض قد أدى إلى وجود حجة على أساسها يتم حرمان هؤلاء الأفـــراد مـــن حقـــوقهم الإنســـانية والقانونية، وكان ملازماً لهذا الرفض أيضاً الخوف من أن الأفراد المعـــاقين عقليـــاً سوف يؤثروا في إتلاف الجينات البشرية إذا ما تم السماح لهم بممارســـة العلاقـــات الجنسية .

وقد صاحب هذا الاتجاه الرافض لزواج المعاقين عقلياً والخوف من العلاقات الجنسية عندهم ،انتشار واسع للقوانين والشرائع التي تمنـــع الـــزواج بـــين الأفـــراد المعاقين عقلياً، ومن ثم ظهرت فكرة تعقيم المعاقين عقلياً في بداية القرن العشـــرين، وقد قامت عدة ولايات أمريكية بفرض قوانين التعقيم الإجباري على الأفراد المعاقين عقلياً، وذلك خوفاً من إنجابهم أطفال يحملون نفس خصائص آبائهم، بالإضـــافة إلـــى الخوف من إهمال المعاقين عقلياً لأبنائهم، وذلك بسبب قصورهم العقلي وضعف دافع الأبوة أو الأمومة لديهم(Elkins and Andersen، 1992). وقد اســـتمر العمـــل بقوانين التعقيم حتى النصف الثاني من القرن العشرين عندما حاربت جماعات حقوق الإنسان هذه القوانين واعتبرتها اعتداء على حق من حقوق الانسان فعملـــت معظـــم الدول الغربية على إلغائها حالياً، واصبح من حق المعاقين عقلياً الـــزواج والإنجـــاب وتربية الأطفال ما داموا قادرين على ذلك (مرسي، 1996).

كما يرى (جمعة، 2001) أن أغلب زيجات المعاقين غير ناجحـــة، ويكـــون الهدف منها منذ البداية الاستغلال والمنفعة؛فالمعاقون لايستطيعون الدفاع عن أنفسهم، ومن الأهمية أن نضع بعض الضوابط التي تحكم حياة المتـــزوجين مـــن المعـــاقين، فيحرم "التعقيم" الذي نقصد به عدم الإنجاب مخافة أن يـــأتي الأولاد حـــاملين نفـــس الإعاقة، كما تحتاج الحياة الزوجية بين الزوجين إلى ضـــبط شـــرعي فـــي توجيـــه الممارسة الجنسية بينهما؛ ولذلك لا بد أن يكون هناك تأهيل مبـــدئي للمعـــاق حـــول مفهوم الزواج والأسرة ومسئوليته، وعلى الأسرة دور مهم جداً فيجـــب ألا تتـــركهم وتخلي مسئوليتها بعد الزواج، ولكن لا بد من المتابعة المستمرة لهم؛فالمعاق إنســـان ليس مجنوناً، ولكن لديه تدني في القدرات العقلية في الحياة والعمل، ولكن التـــدريب والتأهيل المهني له مهم جداً لكي يستطيع أن يتفاعل داخل المجتمع، كما أنـــه يجـــب

عدم نتجاهل دور الإعلام في تحسين أداء المعاقين في مختلف أدوارهمالاجتماعية، وتكوين صورة إيجابية عنهم، لأن الإعلام يعرضهم بشكل "ساخر" يهين كرامتهم؛ ولذا ينبغي على وسائل الإعلام أن تمارس دوراً إيجابياً، خاصة وأن المعاق يتفاعل مع هذه الوسائل؛ فعلى سبيل المثال قد يكون المعاق محبا للموسيقى والغناء، ومنهنا ينبغي استثمار هذه الوسائل في تقويم سلوك المعاق وتحسين أدائه اللغوي (عمران، 2002).

ومن ناحية أخرى فهناك من يرى إباحة زواج المعاقين عقليا مهما بلغت إعاقته حتى ولو وصلت إلى حالة فقدان العقل فالعقل ليس شرطاً في صحة الزوج ولكن الذي يزوجه هو الولى، ولكن اشترطوا لذلك شروطاً هي (إبراهيم، 2009):

1. إخبار الطرف الآخر بالإعاقة، لأنها عيب فلا يجوز كتمانه: لأن عدم إخباره به بعد غشاً به وخيانة فإذا علم به سقط حقه بعد ذلك في الخيار.
2. ألا يكون الطرف الآخر مجنوناً ولا زائل العقل – بمعنى ألا يكون معاقاً ذهنياً مثله – بل يتزوج المعاق ذهنياً امرأة سليمة . وتتزوج المعاقة ذهنياً برجل سليم العقل، وسبب ذلك أن اجتماع زائلى العقل لا يحقق أي مصلحة، وهو مع ذلك سبب لضرر بينهما كما هو ظاهر.
3. أن يكون المعاق عقليا محتاجاً لهذا الزواج، ويعرف ذلك بظهور رغبته فيه، أو يكون الزواج وسيلة لشفائه من الإعاقة بقول عدلين من الأطباء، أو يكون محتاجاً إلى من يؤويه ويحفظه، لظهور المصلحة المترتبة على ذلك.
4. أن يرضى أولياء المرأة بهذا الزواج، حيث إن من المعلوم أن الكفاءة شرط في الزواج، وهي حق للمرأة والأولياء فإذا تزوجت المرأة معاقاً ذهنياً بغير رضى أوليائها كان هذا مخلاً بالكفاءة، وكان لأوليائها حق الاعتراض على هذا الزواج.
5. أن يكون المعاق عقليا منهما مأموناً أما الذي يتصف بالعدوانية بالضرب أو الإفساد فيحرم تزويجه، لأن زواجه سبب لحصول الضرر، والضرر مرفوع في الشريعة الإسلامية لقول النبي صلى الله عليه وسلم "لا ضرر ولا ضرار".

6. أن يكون الزوج المعاق ذهنياً قادراً على الإنفاق سواء من خلال عمل يقوم به، أو من خلال ولي أمره: لأنه لا يعقل أن يتزوج وهو لا يستطيع الإنفاق على أسرته.

وقد أقرت الشريعة الإسلامية منذ قرون عديدة ما انتهت إليه القوانين الحديثة من عدم حرمان المعاقين عقلياً من الإنجاب وإشباع حاجاتهم للزواج شأنهم في ذلك شأن الأفراد العاديين، وخصوصاً حالات التخلف العقلي البسيط واشترطت الشريعة في زواج المعاق عقلياً أن يكون قادراً على الأمور التالية:

1. النفقة من ماله أو مال أبيه.
2. القيام بواجبات الزوجية نحو الزوج الآخر.

تحقيق ما شرع الزواج من أجله من محبة ووئام من الزوج الآخر، وحرم الإسلام التعقيم إلا لأسباب صحية أو مرضية (محروس،1997).

اما التشريعات الدولية الخاصة بالمعوقين الصادرة عن الجمعية العامة للأمم المتحدة نجدها خالية من نص خاص يتعلق بزواج المعوق, غير ان ثمة مواد وردت في هذه الإعلانات تشير على وجوب تمتع المعوق بما يتمتع به من هو في سنه من غير المعوقين مما يعني ان للمعوق أن يتمتع بحق الزواج وتكوين الأسرة مثله في ذلك مثل الآخرين .

ما جاء في الفقرة الأولى من الإعلان الخاص بحقوق المتخلفين عقلياً حيث نصت على أن للمتخلف عقلياً إلى أقصى حد ممكن نفس ما لسائر البشر من حقوق.

وما جاء في الفقرة الثالثة من الإعلان الخاص بحقوق المعوقين حيث نصت على أن للمعوق حق أصيل في أن تحترم كرامته الإنسانية وله أيضاً منشأ وطبيعة وخطورة أوجه التعويق والقصور التي يعاني منها نفس الحقوق التي تكون لمواطنيه الذين هم في سنه الأمر الذي يعني وقبل كل شيء أن له الحق في التمتع بحياة لائقة ، تكون طبيعية وغنية قدر المستطاع.

والملاحظ أن التشريعات الدولية الخاصة بالمعوقين قد تناولت كافة الحقوق الأساسية للمعوق بالحديث إلا أنها أغفلت حق المعوق بالزواج وتكوين الأسرة ، وكان حرياً بها أن لا تغفل مثل ذلك خاصة ان زواج غير المتخلف عقلياً لا يطرح

كمشكلة فهو كحقه في التعليم أو العمل أو غير ذلك أما فيما يتعلق بزواج المتخلف عقلياً ، فلها أن تربط ذلك برأي الأطباء وذوي الاختصاص وبذلك تراعى مصلحتهم في هذه القضية (شعبان، 2015).

وقد جاء في التشريع الاردني في الفقرة الثامنة من قانون الأحوال الشخصية الأردني ما نصه :

" للقاضي أن يأذن بزواج المعاق عقليا، إذا ثبت بتقرير طبي في أن زواجه مصلحة له".

وقد اختلف الأطباء والأخصائيين حول زواج المعاق عقليا حيث ذهب كثير من الأطباء والأخصائيين إلى القول بأنه لا مانع من زواج المعاق معللين ذلك كثيراً من أفراد المجتمع يعتقدون خطأ أن حاجات المعاق عقليا ورغباته تنحصر في أمرين فقط الطعام والشراب، ويتجاهلون حاجاته البيولوجيه وغرائزه الجنسية التي قد تكون أكثر عنفاً من غيرهم، وأن هذا التجاهل تكون له عواقبه التي تشمل المجتمع بأسره، حيث أن هؤلاء المعاقين إما أن يلجأون إلى إشباع غرائزهم بصورة فوضوية لا تحكمها أي ضوابط، وإما أن يستغلوم الشواذ من أفراد المجتمع للاعتداء عليهم رجالاً ونساء، ومن ثم لا بد من إدراك هذا الخطر والتصدي له من خلال الاعتراف بحق هذه الفئة في الزواج لتحصينهم وتحصين المجتمع من الانحراف (إبراهيم، 2009).

الاعاقة:

تعتبر الاعاقة في عموميتها من الظواهرالمعايشة للانسان منذ بدء الخليقة وان تزيدات نسبتها في الوقت الحاضر عما كانت عليه في الماضي ، والاعاقة هي احدى القضايا الاجتماعية المهمة في المجتمعات المعاصرة نظرا لابعادها التربوية، والاقتصادية على المعاق واسرته، والمجتمع ككل من ناحية ،ولكونها تتعلق بفئة من افراده تبلغ حوالي 15% ، وفي ضوء تقديرات وكالات الامم المتحدة، من ناحية اخرى ، هذا فضلا عن إن وجود وجود فرد معاقا داخل الاسرة معينة، يؤثر تأثير نفسيا، واقتصاديا ، واجتماعيا ، ملحوظا على جميع افرادها (الروسان، 2010).

الإعاقة العقلية

تعتبر الإعاقة العقلية من الظواهر المألوفة على مر العصور، ولا يكاد يخلو مجتمع منها، كما تعتبر هذه الظاهرة موضوعاً يجمع بين اهتمامات العديد من ميادين العلم والمعرفة، كعلوم النفس والتربية والطب والإجتماع والقانون، ويعود السبب في ذلك إلى تعدد الجهات العلمية التي أسهمت في تفسير هذه الظاهرة وأثرها في المجتمع، ولذا فليس من المستغرب أن نجد تعريفات مختلفة لهذه الظاهرة (الروسان، 2010).

تعريف الجمعية الأمريكية للإعاقات العقلية والتطورية:

عرفت الجمعية الأمريكية للإعاقات العقلية والتطورية (2008)، "الإعاقة العقلية بأنها إعاقة تتميز بانخفاض ملحوظ في كل من الأداء العقلي والسلوك التكيفي اللذين تمثلهما المهارات المفاهيمية والاجتماعية والتكيفية العملية. وهذه الإعاقة تظهر قبل بلوغ الفرد الثامنة من عمره" (AAIDD, 2008). وتتمثل المهارات المفاهيمية في: اللغة، القراءة، الكتابة، الوقت، النقود، الإعداد، والتوجيه الذاتي. وتشتمل المهارات الاجتماعية: العلاقات الاجتماعية، المسؤولية الاجتماعية، تقدير الذات، حل المشكلات الاجتماعية، واتباع التعليمات. أما المهارات العملية فهي: مهارات الحياة اليومية (العناية بالذات)، المهارات المهنية، الرعاية الصحية، السفر والتنقل، السلامة العامة، استخدام النقود، استخدام الهاتف (الخطيب، 2010).

تختلف نسبة انتشار الإعاقة العقلية من مجتمع إلى آخر، كما تختلف تبعاً لعدد من المتغيرات في ذلك المجتمع، فهي تختلف بإختلاف متغير درجة الإعاقة العقلية والجنس والعمر والمعيار المستخدم في تعريف الإعاقة العقلية، وكما تختلف تلك النسبة بإختلاف البرامج الوقائية من الإعاقة العقلية، ومهما يكن من أمر اختلاف تلك النسبة، فإن التقارير الصادرة عن المنظمات والمؤسسات الدولية المختلفة تبين أن ثمة إجماعاً على أن نسبة حدوث الإعاقة على المستوى العالمي هي حوالي (10%) من مجموع السكان. وأن هذه النسبة في الدول النامية تزيد لتبلغ (13- 15%). إلا أن التقارير المنشورة تفيد بعكس ذلك (فمعظم التقارير أشارت إلى أن نسبة حدوث الإعاقة في الدول العربية تبلغ (3%) أو أقل من ذلك). ولعل السبب الرئيس وراء

ذلك أن هذه التقارير تركز على الإعاقات الظاهرة والأقل انتشـــاراً. ومــن الناحيــة النظرية فإنها تتراوح ما بين (2.5%- 3%) أي ما نســبته (3%) مــن ســكان أي مجتمع يمثلون حالة من حالات الإعاقــة العقليــة (الروســان، 2005؛ الخطيــب، 2010).

خصائص الأطفال ذوي الإعاقة العقلية:

إن الأشخاص المعاقين عقلياً قادرون على التعلم والنمو. ولكن نموهم وإن كان يوازي نمو الأشخاص غير ذوي الإعاقة فهو يتصف بكونه بطيئاً واستناداً إلى هــذه الحقيقة فإن فلسفة رعاية هؤلاء الأشخاص قد تغيرت في العقود الماضية من الإيواء إلى تطوير البرامج التربوية والتأهيلية الفعّالة (الخطيب والحديدي، 2009).

وتتمثل أهم خصائص الأفراد ذوي الإعاقة العقلية بما يلي:

الخصائص العقلية:

يتصف الأطفال ذوو الإعاقة العقلية بقصور قدراتهم على التفكيــر المجــرد، ويلجأون إلى استخدام الأشياء المحسوسة في تفكيرهم، ومهارات استيعابية ضــعيفة، وصعوبة في التمييز وتحديد المتشابهات، كما يعاني المعاقون عقلياً من ضــعف فــي القدرة على الإنتباه والقابلية العالية للتشتت، كما أنهم يواجهون مشكلات في التــذكر خاصة الذاكرة قصيرة المدى، كما يواجهون ضعف إستراتيجيات التعلم خاصة فيمــا يتعلق بالتجميع وفق الخصائص المتشابهة واستخدام العوامل البسيطة (يحيى وعبيــد، 2005).

الخصائص اللغوية:

يعاني الأطفال ذوو الإعاقة العقلية صعوبات في التعلم اللغــوي وفــي تأديــة المهمات المعتمدة على التعلم اللفظي واللغوي. وتبين الدراسات أن المشكلات الكلامية أكثر شيوعاً لدى ذوي الإعاقة العقلية منها لدى غير ذوي الإعاقة وبخاصة مشكلات التهجئة ومشكلات لغوية مختلفة مثل التأخر اللغوي التعبيــري والــذخيرة اللغويــة المحدودة واستخدام القواعد اللغوية بطريقة خطأ (الخطيب والحديدي، 2009).

وأشـــار هالاهـــان وكوفمـــان (Hallahan& Kauffman, 2002) إلـــى الخصائص اللغوية التالية للأشخاص المعاقين عقلياً.

1. يرتبط مدى إنتشار المشكلات الكلامية واللغوية وشدة هذه المشكلات بشـــدة الاعاقة العقلية الذي يعانى منه الفرد. فكلما إزدادت شدة الإعاقة إزدادت شدة المشكلات الكلامية وأصبحت أكثر انتشاراً.
2. تشبه البنية اللغوية لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البناء اللغوي لدى غيـــر ذوي الإعاقة، فهي ليست شاذة، بل هي لغة سوية ولكن بدائية.

النمو الاجتماعي- الإنفعالي:

يجعل الضعف العقلي الأطفال ذوي الإعاقة العقلية عرضة لمشكلات اجتماعية وإنفعالية مختلفة، وإن العجز في السلوك التكيفي من الخصـــائص المهمـــة للإعاقـــة العقلية. ولا يعود ذلك إلى الضعف العقلي فحسب ولكنه يعود أيضاً إلـــى إتجاهـــات الآخرين نحو المعاقين عقليا وطرق معاملتهم وتوقعاتهم مـــنهم. وهـــذه الإتجاهـــات والتوقعات تؤدي إلى تدني مفهوم الذات لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية. ويـــرتبط إنخفاض مفهوم الذات لديهم بخبرات الفشل والإخفاق التي يواجهونهـــا. ويظهـــرون أيضا أنماطاً سلوكية اجتماعية غير مناسبة ويواجهون صـــعوبات بالغـــة فـــي بنـــاء علاقات اجتماعية مناسبة مع الآخرين (Crane, 2001).

التحصيل الأكاديمي:

إن الأفراد ذوي الإعاقة العقلية لايستطيعون التقـــدم فـــي العمليـــة التعليميـــة الأكاديمية كغيرهم من الأفراد فهم لا ينجحون في المجالات الأكاديمية كغيـــرهم. ولا غرابة في ذلك فثمة علاقة بين التحصيل الأكاديمي والذكاء. فهم يعانون من مشكلات في القراءة (وخاصة الإستيعاب القرائي) وهم لا يحصـــلون أكاديميـــاً بمـــا يتوافـــق وقدراتهم المتوقعة (الخطيب والحديدي، 2009).

الخصائص الجسمية:

تشير أدبيات الموضوع إلى وجود فرق بين المعاقين عقلياً وغير المعاقين في النمو الجسمي والحركي والمهاري. فالمعاقون عقلياً أقل تطوراً ووزناً إذا ما قورنـــوا بالعاديين، كما أنهم لا يرقون إلى أن يكونوا بمستوى غير ذوي الإعاقة في المهارات

الحركية كالمشي والقفز والشدّ وحركتهم أقل تناسقاً من غير ذوي الإعاقة. والفرق واضحٌ عند إصابة الجهاز العصبي المركزي، وقد يعود التأخر من الناحية البدنية إلى الضعف العام، أو أسباب بيئية بعد الولادة كسوء التغذية والأمراض التي يتعرض لها الطفل، وقلة النوم (الظاهر، 2008).

اضطراب التوحد

يُعدُّ التوحد أحد الاضطرابات النمائية وهي من أكثر الإضطرابات شدّة من حيث تأثيرها على سلوك الفرد الذي يعاني منها وذلك لأن تأثيرها لا يقتصر على جانب واحد فقط من شخصيته وإنما يتسع ليشمل جوانب مختلفه منها الجانب المعرفي والجانب الاجتماعي والجانب اللغوي والإنفعالي مما يؤدي بطبيعة الحال إلى حدوث تأخر عام في العملية النمائية بأسرها (خليل محمد، 2009).

تعريف اضطراب التوحد:

والتوحد هو إظطراب نمائي تطوري متعلق بالنمو وعادة ما يظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل. وهي ينتج عن اضطراب في الجهاز العصبي مما يؤثر على وظائف المخ. ويقدر انتشار هذا الاضطراب مع الأعراض السلوكية المصاحبة له بنسبة ١ من بين ٥٠٠ شخص. وتزداد نسبة الإصابة بين الذكور عن الاناث بنسبة ٤:١، ولا يرتبط هذا الاضطراب بأية عوامل عرقية، أو اجتماعية (الحمدان، 2000).

فالتوحد اضطراب معقد في النمو يظهر في السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل نتيجة خلل وظيفي في المخ والأعصاب لم يصل العلم إلى تحديد أسبابه بعد، وهو كذلك اضطراب تعرف سلوكياً، وأن المظاهر الأساسية يجب أن تظهر قبل أن يصل الطفل إلى سن (30) شهراً من العمر، ويتضمن اضطراباً في الكلام واللغة، والسعة المعرفية، واضطراباً في التعلق والإنتماء إلى الأشياء والموضوعات والناس والأحداث.(Autism Society of American, 2003).

ويعرف عواد (2010) التوحد بأنه إعاقة نمائية تظهر عادة خلال السنوات الثلاث الأولى من العمر، وهو اضطراب عصبي يؤثر على نمو ووظيفة الدماغ،

مما يسبب صعوبة لدى الطفل التوحدي في التواصل والتعلم والتفاعل الاجتماعي، ويُظهر العديد من السلوكات النمطية المتكررة.

ويلاحظ أن الطفل الذي يعاني من التوحد يكون طبيعياً عند الولادة وليس لديه أية إعاقة جسدية أو خلقيه وتبدأ المشكلة بملاحظة الضعف في التواصل لدى الطفل ثم عدم القدرة على تكوين العلاقات الاجتماعية وميله للعزلة مع ظهور مشاكل في اللغة إن وجدت ومحدودية في فهم الأفكار ولكنه يختلف عن الأطفال المتخلفين عقلياً بأن البعض من المصابين لديهم قدرات ومهارات فائقة قد تبرز في المسائلالرياضية أو الرسم والمهارات الدقيقة ويتفوق عليه الطفل المتخلف عقلياُ في الناحيةالاجتماعية.

التطور التاريخي للتوحد

شهد مصطلح التوحد خلال العقود الماضية تطوراً متسارعاً، ووجد اهتماماً كبيراً من قبل الباحثين والمهتمين، مما أدى إلى ظهور الكم الكبير من الموضوعات والمفاهيم المتعلقة بهذا المصطلح. وكان اول من استخدم مصطلح توحد طفولي مبكر(Early Infantile Autism) هو الطبيب النفسي الأميركي ليو كارنر(Leo Kanner عام 1943 إشارة إلى من يعانون اضطرابات توحدية كما نعرفها في وقتنا الحاضر، بعد أن قام بفحص مجموعة من الأطفال المشخصين بالتخلف العقلي، حيث كان سلوكهم يتميز بالانغلاق الكامل على الذات، وابتعادهم عن كل ما حولهم من ظواهر أو أفراد، حتى لو كانوا أقرب الناس إليهم، وهؤلاء الأطفال يغلب عليهم الإنطواء والعزلة، ولا يتجاوبون مع أي مثير بيئي في المحيط الذي يعيشون فيه، كما لو كانت حواسهم قد توقفت عن توصيل أي من المثيرات الخارجية إلى داخلهم، وبذلك يصبح هنالك استحالة لقيامهم بتكوين علاقات اجتماعية مع من حولهم كما يفعل غيرهم من الأطفال العاديين، حيث أطلق عليهم كانر (Kanner) مصطلح التوحد الطفولي المبكر (محمد، 2000).

وفي نفس التوقيت الذي قدم فيه كانر دراسته، كان الطبيب النفسي النمسوي هانز اسبيرجر (Hans Asperger) قد تعرف بشكل مستقل تماماً عن بنود كانر، على نمط السلوك غير العادي لدى مجموعة من المراهقين، واختار تسمية هي

السيكوباتية التوحدية (Autistic Psychopathy)، ويقصد بها أسبيرجر نوع من الشذوذ أو اللاسواء في الشخصية. ومع أن أسبيرجر كان قد كتب عن هذا النمط من السلوك باللغة الألمانية في سنوات الحرب، مع توصيفات كلينيكية مفصلة لهذا النمط، إلا أنه لم يكتب لدراسته هذه إلا انتشاراً في نطاق محدود الا في الثمانينيات القرن الماضي ، وبالتالي لم يكن متاحاً لأحد أن يتعمق في فهمها وأن يمحصها بمزيد من الفهم. وواقع الأمر، أن أفراد العينة الألمانية في دراسة أسبيرجر دلت على أن كل من أسبيرجروكانر قد قدم وصفاً لنفس الأعراض لنفس الإضطراب(عرنوس، 2010).

أسباب التوحد

كان الاعتقاد السائد لسنوات عديدة أن التوحد سببه خطأ في العلاقة بين الأم والطفل، أما الآن فقد بدا واضحاُ أن أسباب التوحد بيولوجية وليست نفسية مثل الحصبة الألمانية أو الحرارة العالية المؤثرة أثناء الحمل، أو وجود كروموسومات تحمل جينات معينة أو تلفاُ بالدماغ إما أثناء الحمل أو أثناء الولادة لأي سبب مثل نقص الأكسجين " الولادة المتعسرة " مما يؤثر على الجسم والدماغ وتظهر عوارض التوحد. والحقيقة ما زالت غامضة حتى الآن (أبو السعود، 2008).

فلم تثبت أسباب محددة تماماً للإصابة بالتوحد. ولكنها مجموعة من العوامل الكيميائية والو راثية والعضوية، والتي لا يزال البحث عنها مستمراً في كثير من البحوث والدراسات الحديثة الا انه يمكن ايراد ما يلي:

إصابة المخ

قامت مراكز البحوث بالعديد من الدراسات لمعرفة ما هو نوع التلف المخي لدى الأطفال التوحديين، فقد استخدموا كل الطرق التشخيصية، ولكن تلك الطرق كانت عاجزة عن التعرف على هذا التلف ومكانه، فالنتائج غير واضحة، حيث تم اكتشاف التلف في أجزاء متعددة تختلف من طفل لآخر، كما أن هذا التلف قد يوجد في أطفال غير مصابين بالتوحد، ومن تلك الفحوصات(الكايد، 2011):

1. الدراسات التشريحية بعد الوفاة.

2. الفحوص الإشعاعية للمخ مثل الرنين المغناطيسي (MRI) والأشعة المقطعية (SPET، PET، CT-scan).
3. النشاط الكهربائي للدماغ (EEG).
4. كيمياء الدماغ (Chemistry Brain).

الأسباب النفسية والبيئية

البيئة هي كل ما يحيط بالإنسان من الخارج من ظروف طبيعية وعلاقات إنسانية، وهذه البيئة تؤثر وتتأثر بالتفاعل الناتج بينهما لتبني له الخبرة والتجربة، وما يكون عليه مستقبل الطفل النفسي والاجتماعي، والتعايش مع المجتمع حوله، ومن الأسباب البيئية النفسية(الكايد، 2011):

1. العلاقة بين الطفل ووالديه.
2. شخصية الوالدين: الانعزالية والتحفظ في التعامل، الأم المتبلدة العواطف.
3. الأمراض النفسية لدى الوالدين: انفصام الشخصية.
4. المشاكل النفسية كالطلاق.

إلا أنه لا يوجد ما يؤيد ذلك، فعند القيام بنقل هؤلاء الأطفال التوحديين للعيش مع عائلات بديلة كعلاج لم يكن هناك تحسن لحالتهم، كما أننا نجد أطفال أصحاء لدى نفس العائلة، كما نرى بعض الحالات تبدأ من الولادة حيث لا يكون لتعاملهم مع الطفل أي دور.

الأسباب البيولوجية

هناك العديد من المؤشرات الدالة على أن التوحد يحدث نتيجة لعوامل بيولوجية تؤدي إلى خلل في أحد أو بعض أجزاء المخ، ومن تلك المؤشرات أن الإصابة تكون مصحوبة بأعراض عصبية أو إعاقة عقلية، كما أن انتشار التوحد في جميع المجتمعات ينفي تأثير العوامل النفسية الاجتماعية، ولكن قد يكون هناك عدم قبول لنظرية الأسباب البيولوجية عند عدم وجود أي سبب طبي أو إعاقة عقلية يمكن أن يعزى لها السبب، وذلك يقود إلى مجموعة من الأسباب وراء كل حالات التوحد لم يتم التعرف إلا على القليل منها، ومن أهم الأسباب البيولوجية المعروفة (محمد، 2000):

1. الأمراض الوراثية.
2. الالتهابات الفيروسية.
3. الأسباب الطبية.
4. الأسباب الكيماوية الحيوية.

خصائص الأطفال التوحديين:

يتصف الأطفال التوحديون بعدد من الخصائص الأساسية ذات العلاقة بجوانب النمو اللغوي والسلوكي والاجتماعي والمعرفي، والتي في مجملها تميزهم عن الآخرين وفيما يلي وصف لأهم هذه الخصائص:

1. الخصائص الاجتماعية:

يعاني الأطفال ذوو اضطراب التوحد من صعوبات في العلاقات الاجتماعية والمحافظة عليها مع أقرانهم، رغم احتمالية ارتباطهم بشكل أفضل مع والديهم، ومقدمي الرعاية وأشخاص آخرين ممن يستطيعون توفير إحتياجاتهم وقراءة مشاعرهم. بينما لا يمتلك آخرون هذه القدرة، والطفل ذو اضطراب التوحد يحاول جاهداً التفاعل مع أقرانه. ولا يمكن الحكم بأن الأطفال ذوي اضطراب التوحد لا يستطيعون تكوين صداقات، بل يعود السبب في القصور لتكوين العلاقات الاجتماعية لأنهم لا يعرفون في كثير من الأحيان، كيف يفعلون ذلك. كما أن تعليم المهارات الاجتماعية للأطفال ذوي اضطراب التوحد يعتبر من المسائل المهمة لنموهم. كما يعاني الأطفال ذوو اضطراب التوحد من مشكلات في فهم الآخرين أو تفسيرهم لتعابير الوجه (Marshall, 2004).

2. الخصائص اللغوية:

إن نصف الأطفال التوحديين تقريبًا يعانون من مشكلات في التعبير الشفوي ومشكلات في التواصل اللفظي وغير اللفظي، وعدم القدرة على إتباع القواعد اللغوية مما يؤثر سلباً على عمليات التكيف الاجتماعي، وفي حالات معينة بإمكانهم أن يحققوا مستوى قريبًا من مستوى الكلام العادي (الزارع، 2010).

3. الخصائص في مجال السلوك، الاهتمامات، الأنشطة:

وصف كانر (Kanner) كما أورده (الحساني، 2005) أطفال التوحد بمعيارين وهما: عزل النفس الشديد، والإصرار على التماثل والسلوك الآخر الذي يظهره، هو مقاومة التغيير في البيئة والروتين اليومي مع سلوكات نمطية متكررة ويرى أن الأطفال التوحديين لديهم ضعف في التواصل بالعين حيث يتجنب الطفل النظر بالعين مباشرة. كما يبدي الأطفال ذوو اضطراب التوحد تعلقاً وارتباطاً بأشياء محددة وغير طبيعية ولفترة غير طبيعية، وتركيز الاهتمام على أنشطة محددة وإظهار إنشغال عال فيها، بالإضافة إلى تعلق شديد ببعض الأشياء أو الألعاب وعدم التنويع في اللعب والتركيز على لعبة واحدة، والإحتفاظ بمفاتيح معينة وجمع الأشياء والإحتفاظ بها، وقد يكون شديد الولع بأشياء ومواضيع معينة (الزارع، 2010).

1. الخصائص في مجال التخيل، واللعب والتقليد:

إن التخيل أو التظاهر باللعب، مثل الأطفال الذين يلعبون بالدمى أو قيادة كرسي كأنه سيارة، هو أمر يجب إعتباره من المسلمات كجزء من نمو الطفل، ولا يكون لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد رغبة في اللعب بهذه الطريقة أبداً، وهم يفتقرون إلى الكثير من أشكال اللعب الإستكشافي، وأن اللعب لديهم غير هادف وغير مقصود، ويتسم لعب الأطفال التوحديين بعدم القدرة على الإبتكار(الزارع، 2010).

2. الخصائص المعرفية:

يتميز الأطفال التوحديون بعدد من الخصائص المعرفية التي تختلف من فرد إلى آخر، وهي تتفاوت في المستويات المعرفية فيما بينهم حسب درجة الذكاء والتوحد، ويذكر (ملكية، 1998) أن 25% من الأطفال التوحديين يعانون من توحد وتخلف عقلي شديد و(50%) منهم يعانون من توحد وتخلف عقلي بسيط.

ويضيف (الشيخ ذيب، 2004) إن ما نسبته من (70- 75%) من الأفراد التوحديين هم معاقون عقليًا، وتتراوح نسبة الإعاقة بين البسيطة والشديدة جداً، وتمثل النسبة الباقية درجات ذكاء تزيد على (70%). ويكون إنجاز الأفراد التوحديين على إختبارات الذكاء في الجانب الأدائي أعلى منه في الجانب اللفظي مع الأخذ بعين الاعتبار صعوبة كبيرة في تطبيق إختبارات الذكاء عليهم، بالإضافة إلى نسبة بسيطة

لا تتجاوز(10%) لديهم مواهب غير عادية مثل: مواهب موسيقية، وفنية، وقــدرات حسابية عالية.

3. الخصائص في المجال الحسي:

عادة ما يواجه الأطفال مرحلة إنتقالية أو مرحلة إرتباطيــة عنــدما يضــعون الأشياء في أفواههم بعمر أربعة أشهر. كما أن هذه المرحلة هي العملية التي تســاعد الطفل على تطوير حواس اللمس والشم والبصر والتذوق، وهذه العملية لدى الأطفال ذوو اضطراب التوحد تكون ضعيفة، وبالتالي عملية دمج الحواس تكون لديهم شائعة، ويبدي الأطفال ذوو اضطراب التوحد تأخراً في اكتساب الخبرات الحســية المناســبة وأشكالاً غير متناسقة من الإستجابات الحسية تتراوح بين النشاط المرتفع إلى النشاط المنخفض (Kirk, Gallagher &Anastasiow, 2003).

جودة الحياة

لقد حظي مفهوم جودة الحياة باهتمام كبير فــي علــوم الطــب، والاقتصــاد والاجتماع والسياسة، ويعد من المفاهيم الحديثة نسبيا في التراث النفسي؛ حيث ظهــر مصطلح جودة الحياة كأحد الموضوعات في مجال علم النفس الإيجــابي Positive Psychology، وهو مجال معاصر يهتم بدراسة الخصائص الإيجابية ونواحي القوة لدى الإنسان بغرض مساعدة الأفراد على إصدار السلوكيات المنتجة، والإسهام فــي النمو الشخصي والمجتمعي، والصحة النفسية. ويرى البروفيسور طلعــت منصــور (2005) أن جودة الحياة هي قضية (الإنماء) في الأساس، أي إنماء الإنســان وفقــا لمستويات ومعايير الصحة النفسية الإيجابية، وترُجم المصطلح Quality of life في بعض البحوث العربية إلى (نوعية الحياة) (مثل العارف بالله محمد الغندور، 1999)، ويبدو أن الدراسات العربية قد استقرت على استخدام المصطلح (جودة الحيــاة) فــي مقابل هذا المصطلح الأجنبي، وقد تناوله الباحثون في المجالات العلمية المختلفة كــل من وجهة نظره المتخصصة، ولعل القضية الأساسية هي كيف ينبغي تعريف وفهــم هذا المصطلح، والفرق بين جودة الحياة بوجه عام، وجودة الحياة المرتبطة بالصــحة أو بالإعاقات المختلفة.

مفهوم جودة الحياة

تعرض مفهوم جودة الحياة للكثير من البحث والتعريف، حيث يرى (هاشم، 2001) أن هذا المفهوم يعبر عن وعي الفرد بتحقيق التوازن بين الجوانب الجسمية والنفسية والاجتماعية لتحقيق الرضا عن الحياة والاستمتاع بها والوجود الايجابي، والتوافق النفسي كناتج لظروف المعيشة الحياتية للأفراد، فجودة الحياة ترتبط بالإدراك الذاتي للحياة لكون هذا الادراك يؤثر على تقييم الفرد للجوانب الموضوعية للحياة كالتعليم والعمل ومستوى المعيشة والعلاقات الاجتماعية من ناحية، وأهمية هذه الموضوعات بالنسبة للفرد في وقت معين وظروف معينة من ناحية أخرى.

وينظر لونجست(Longest, 2008) إلى جودة الحياة من خلال قدرة الفرد على إشباع حاجات الصحة النفسية مثل الحاجات البيولوجية، والعلاقات الاجتماعية الايجابية، والاستقرار الأسري، والرضا عن العمل، والاستقرار الاقتصادي والقدرة على مقاومة الضغوط الاجتماعية والاقتصادية وغيرها من المؤشرات القوية الدالة على جودة الحياة.

وعرفها رايف وآخرون (Ryfet et al. 2006) على أنها "تتمثل في الإحساس الإيجابي بحسن الحال كما يرصد بالمؤشرات السلوكية الدالة على ارتفاع مستويات رضاه عن حياته بشكل عام، وسعيه المتواصل لتحقيق أهداف شخصية ذات قيمة ومعنى بالنسبة له، واستمراره في علاقات اجتماعية متبادلة مع الآخرين، والإحساس العام بالسعادة والطمأنينة النفسية"ويرىكومنس(Cummins, 1996) " أن مفهوم جودة الحياة يشير إلى الصحة الجيدة، أو السعادة، أو تقدير الذات، أو الرضا عن الحياة، أو الصحة النفسية".

وتعتبر منظمة اليونسكو نوعية الحياة مفهوماً شاملاً يضم كل جوانب الحياة كما يدركها الأفراد، وهو يتسع ليشمل الإشباع المادي للحاجات الأساسية، والإشباع المعنوي الذي يحقق التوافق النفسي للفرد عبر تحقيقه لذاته، وعلى ذلك فجودة الحياة لها ظروف موضوعية، ومكونات ذاتية، ولقد ارتبط هذا المفهوم منذ البداية بسعي المجتمعات الصناعية نحو التنمية والارتقاء بمتطلبات الأفراد عن طريق تحقيق

الوفرة الاقتصادية لمواجهة إشاعات الأفـــراد وتطلعـــاتهم وطموحـــاتهم (الأشـــول، 2005م).

وتعرف منظمة الصحة العالمية (WHO، 1999) جودة الحياة بأنها انطبـــاع الفرد تجاه حياته وضمن النسق والمعايير الثقافية في مجتمعه ومستوى العلاقة بـــين تحقيق أهدافه وتوقعاته وفق مفاهيم معيارية محددة لديه ومن وجهة نظر أخري هـــي عملية الدمج والتكامل بين جوانب صحة الفرد الفسيولوجية والنفسية ومستوى عـــدم الاعتمادية والعلاقات الاجتماعية، وعلاقة ذلك بما يبرز في المستقبل مـــن أحـــداث بيئية.

ويرى رينيه وآخرون (Reine, et al, 2003) أن جودة الحياة هي إحســـاس الأفراد بالسعادة والرضا في ضوء ظروف الحياة الحالية، وأنها تتأثر بأحداث الحيـــاة والعلاجات وتغير حدة الوجدان والشعور.

كما يمكن القول أن التعريفات أخذت اتجاهات مختلفة وهي:

1. الاتجاه الاجتماعي.

يرى أمرام (Amram, 2007) أن الاهتمام بدراسات جودة الحياة قد بـــدأت منذ فترة طويلة وقد ركزت على المؤشرات الموضوعية في الحيـــاة مثـــل معـــدلات المواليد، معدلات الوفيات، معدل ضحايا المرض، نوعية السكن، المستويات التعليمية لأفراد المجتمع، إضافة إلى مستوى الدخل، وهذه المؤشرات تختلف من مجتمع إلـــى آخر، وترتبط جودة الحياة بطبيعة العمل الذي يقوم به الفرد ومايجنيه الفرد من عائـــد مادي من وراء عمله والمكانة المهنية للفرد وتأثيره على الحياة، ويرى العديـــد مـــن الباحثين أن علاقة الفرد مع الزملاء تعدمن العوامل الفعالة فيتحقيق جودة الحياة فهي تؤثر بدرجة ملحوظة على رضا أوعدم رضا العامل عن عمله.

2. الاتجاه النفسي

إن الحياة بالنسبة للإنسان هي ما يدركه منها حتى أن تقييم الفرد للمؤشـــرات الموضوعية في حياته كالدخل، المسكن، العمل، والتعليم يمثـــل انعكاســـاً مباشـــراً لإدراك الفرد لجودة الحياة في وجود هذه المتغيرات بالنسبة لهذا الفرد وذلك في وقت محدد وفي ظل ظروف معينة، ويظهر ذلك في مستوىالسعادة والشقاء الذي يكـــون

عليه، ويرتبط بمفهوم جودة الحياة العديد من المفاهيم النفسية منها: القــيم، الإدراك الذاتي، الحاجات، مفهوم الاتجاهات، مفهوم الطموح، مفهوم التوقع، إضافة إلــى مفاهيم الرضا، التوافق، الصحة النفسية ويرى البعض أن جوهر جودة الحياة يكمــن في إشباع الحاجات كامكون أساسي لجودة الحياة، وذلك وفقاً لمبدأ إشباع الحاجــات في نظرية ابرهام ماسلو (الهمص، 2010م).

3. الاتجاه الطبي

ويهدف هذا الاتجاه إلى تحسين جودة الحياة للأفراد الذي نيعانون من أمراض جسمية مختلفة، أونفسية أوعقلية وذلك عن طريق البــرامج الإرشــادية والعلاجيــة، حيث تعد جودة الحياة من الموضوعات الشائعة للمحاضرات التي تتعلــق بالوضــع الصحي وفي تطوير الصحة، فتطوير جودة الحياة هوالهدف المتوقع لمقدمي الخدمة الصحية، وتقييم حاجة الناس لجودة الحياة تشمل أيضاً تقييم احتياجات الأفراد وتوفير البدائل لهذه الاحتياجات حتى ولو لم يكن هناك تشخيص لمــرض معينــأو مشــكلة أخرى(الهمص، 2010م).

وترى الباحثة من كل ما سبق أن جودة الحياة تعبر عن مدى إدراك الفرد أنه يعيش حياة جيدة من وجهة نظره، خالية من الأفكار اللاعقلانية، والانفعالات السلبية، والاضطرابات السلوكية، يستمتع فيها بوجوده الإنساني ويشعر بالرضــا والســعادة، ويستثمر كافة قدراته وإمكانياته بما يتيح له تحقيق الذات.

مقومات جودة الحياة

إن تحديد مقومات جودة الحياة تختلف من شخص لآخر حسب ما يــراه مــن معايير تقيم حياته. وتوجد عوامل كثيرة تتحكم في تحديد مقومات جودة الحياة بينهــا (الهمص، 2010م):

1. القدرة على التفكير وأتخاذ القرارات.
2. القدرة على التحكم.
3. الصحة الجسمانية والعقلية.
4. الأحوال المعيشية والعلاقات الاجتماعية.
5. المعتقدات الدينية.

6. القيم الثقافية والحضارية.

7. الأوضاع المالية والاقتصادية والتي عليها يحدد كل شخص ما هو الشيء الأهم بالنسبة له والذي يحقق سعادته في الحياة التي يحياها.

وإذا تحدثنا عن مقومات جودة الحياة من الناحية الصحية نجدها تتمثل في أربع نواح أساسية والتي تؤثر بشكل أو بآخر على صحة الفرد، كما أنها تتفاعل مع بعضها البعض:

أ. الناحية الجسمانية.

ب . الناحية الشعورية.

ت . الناحية العقلية

ث . الناحية النفسية.

وتتمثل هذه النواحي الأربع في الاحتياجات الأساسية الأخرى الضرورية لحياة الإنسان التي لا يستطيع العيش بدونها والتي يمكن أن نطلق عليها الاحتياجات الأولية. وهذه الاحتياجات تقف جنباً إلى جنب مع مقومات جودة الحياة بل تعتبر جزءاً مكملاً لها والإخلال بأي عنصر فيها يؤدى إلى خلق الصراع. ولكن هذا لا يمنع من وجود عوامل أخرى خارجة عن إرادة الإنسان تؤثر على مقومات حياته والتي تتصل بالناحية الصحية وتتمثل في: (العجز- التقدم في العمر -الألم -الخوف - ضغط العمل - الحروب - الموت - الإحباط-الأمل -اللياقة الجسمانية بل والراحة أيضاً)، لكنه لابد أن نفرق بين ما هو طبيعي وبين ما يحدث نتيجة إتباع أسلوب حياة خاطئ أو مرض(الهمص، 2010م)

ويرى (الفرماوي، 1999م) أن جودة الحياة هي جوهر الإنسان بمكوناته وخصائصه فيه أسباب جودة الحياة وبهجتها، إن جوهر الإنسان يتمثل في عمق الفطرة وثرائها وفيه إمكانيات الإنسان الكامنة، وطاقته المتأصلة، تلك التي تجسد الطبيعة الإنسانية وتعطي للإنسان معنى لوجوده وهدفا لحياته، فيه تحقيق لإنسانيته وإعلاء لنفسه فوق مادياتها. ولجوهر الإنسان خصائص مهمة تكشف الكثير من مكنوناته وتوجهات هذه المكنونات وعلاقتها البينية، تلك التي تشكل بنيه الإنسان النفسية ومن هذه الخصائص:

1. التكامل الوظيفي بين قوى الذات: يمكن تمييز ثلاث قوي في بنية الإنسان النفسية هي : قوة الروح – قوة العقل – قابلية الفطرة، هذه القوى الثلاث تشكل الجوهر وتعطي الطابع العام للفطرة فقد سما الإنسان بالروح فوق مستوى الخصائص الحيوانية، وتوجهت بالإنسان إلى القيم والمعارف، تلك التي من أهمها معرفة الله سبحانه وتعالى.
2. الازدواجية السوية في سلوك الإنسان: فالسلوك الإنساني يتصف بازدواجية التوجه، بمعنى أن السلوك الواحد يجمع بين إشباع الحاجات الروحية، بقدر ما يكون السلوك طبيعياً بقدر ما يحقق للإنسان ارتباطه بالأرض التي هو منها كما يحقق له في نفس الوقت تطلعه إلي السماء مدفوعاً بإشعاعات الروح فيه.
3. النزعة للتدين والنزعة للإنابة: إن السبيل لجودة الحياة يكمن في ثلاثة أمور مهمة هي:(مجاهدة النفس، تمسك الإنسان بالكينونة وتعميق الوجود، استشراف أفق الحرية الأرحب.

ويقدم هاوثورن (Hawthorne, 1999) نموذجاً لجودة الحياة تتكامل فيه المؤشرات الموضوعية والذاتية للمدى الواسع لمجالات الحياة والقيم الفردية، ويتضمن هذا النموذج خمس أبعاد أساسية هي:

1. الصلاحية الجسمية .
2. الرفاهية المادية .
3. الرفاهية الاجتماعية .
4. الصلاحية الانفعالية .
5. النمو والنشاط .

أما كيث وهيل (Keith & Heal, 1996)فقد توصلا في دراستهما لتحديد المفاهيم الأساسية لجودة الحياة عبر الثقافات المختلفة إلى وجود عدة مؤشرات لجودة الحياة، وهي كالتالي:

1. الحقوق .
2. العلاقات .
3. الرضا .

4. البيئة .
5. الأمن الاقتصادي .
6. الاحتواء الاجتماعي .
7. الضبط الفردي .
8. الخصوصية .
9. الصحة .
10. النضج والنمو .

ويرون أن هذه المؤشرات يمكن أن تتوزع على ثلاث مفاهيم رئيسية، وهي كالتالي:

1. القيم .
2. الفاعلية .
3. النشاط .

ويؤكد جود (Goode, 1994) على أن جودة الحياة تختلف لدى الأفراد، ويفرق بين مفهوم الرضا والسعادة، فيرى أن الرضا يشير إلى حالة انفعالية قصيرة، بينما تشير السعادة إلى عملية عقلية يتم من خلالها مقارنة الموقف الحالي بمعايير خارجية، ويوضح أن السعادة تضعف مع تقدم العمر، بينما يزداد الرضا بصورة متسقة. كما يضيف "جود" أن جودة الحياة عموماً لدى الأفراد تتأثر بالصحة والدعم الاجتماعي، كما تتأثر أيضاً بالمؤثرات التي يتعرض لها في جوانب الحياة المتعددة.

ويشير روجرسون (Rogerson, 1999) أن جودة الحياة ترتبط ببيئة الفرد وهذا يبدو ويتضح في أن العدد من الدراسات تركز على جودة الحياة في بيئات محددة، فالعوامل البيئية تعتبر من المحددات والعوامل الرئيسية لإدراك الفرد لجودة الحياة، حيث يهاجر الفرد من بيئة إلى أخرى لاعتقاده أن الرفاهية في البيئة الجديدة أيسر وأفضل. ويرى الكثير من الباحثين أن جودة الحياة مفهوم محلي أكثر منه عالمياً، خاصة في العوامل المحلية المرتبطة والمحددة لهذا المفهوم .

الاتجاهات المفسرة لجودة الحياة:

1. نظريةأم . دبليو . فورديس

أن جودة الحياة تتحقق عندما تشبع حاجات الفرد وأن جودة الحياة لا تعني حالة مؤقتة بل هي أحساس طويل المدى، وتعني القناعة بالحياة، والاستقرار الانفعالي حتى تصبح خبرة ينتج عنها التفاعل بين عوامل كثيرة ومتنوعة وقد يكون مصطلح جودة الحياةمماثل لمصطلحات أخرى كثيرة أوردها : (حسن، 2006).

1. الرضا عن الحياة.
2. المتعة في الحياة.
3. الانجاز.
4. القناعة .
5. الشعور بالراحة.
6. السعادة في الحياة.

2. نظرية رايف Ryfet

يرى " رايف " Ryfetمن خلال دراساته الكثيرة أن هناك مجموعة أبعاد تمثل نقاط التقاء لحالة السعادة وجودة الحياة لدى الفرد وهي وفقا لاشرف (2005) على النحو التالي:

1. النمو الشخصي: وهومحاولة الفرد تطوير قابلياته وإمكاناته من النواحي كافة العقلية والنفسية، والاجتماعية، وأن الفرد في هذا البعد يحاول أدراك طاقاته فينموه الشخصي الذي يعني الارتقاء والتقدم المستمر ونمو الذات وهي تتطوروتتوسع ويكون منفتحاً ومستعداً لتلقي خبرات جديدة تضاف إلى رصيده منالخبرات التي تساهم في ذلك التطور، وأن لديه الإحساس بالواقعية، بعدهاسيجد الفرد نفسه قد تطور بمرور الزمن وتقادم إحداثه.
2. العلاقة مع الآخرين:أكد رايف(Ryfet) في هذا البعد على أهمية العلاقات الشخصيةالايجابية مع الآخرين التي تتسم بالعمق، والدفء، والثقة المتبادلة، والقدرة على الحب، وتعد من أهم العناصر الأساسية في الصحة النفسية.ويرى أيضاً أن الأشخاص الذين يمتلكون مشاعر وأحاسيس قوية في الحب والحنان هم أقرب إلى تحقيق ذواتهم من غيرهم، وأن العلاقات الإيجابية القائمة على الود والحب والعمق تعد معيار للنضج والصحة النفسية

والتوافق، كما يرى أن هذا البعد يعني قدرة الفرد على تنظيم سلوكه من الداخل، وقدرته على تحقيق أو تقرير مصيره بنفسه ويكون مستقلاً بذاته، يتخذ القرارات دون تردد ودون الاعتماد على الآخرين، كما أن الاستقلالية توفر مقاومة للضغوط الاجتماعية

3. التمكن البيئيEnviron Mental Mastry : وفي هذا البعد يؤكد رايف(Ryff) على إن الفرد قادراً على اختيارالبيئة المناسبة أو خلقها، بعبارة أخرى تتغير البيئة على وفق رؤياه ومايتناسب مع طموحاته وحالته النفسية وتعد هذه الصفة سمة من سمات الصحةالنفسية والقدرة على التجديد والابتكار والفصل، فالتمكن البيئي هو الإحساس بالكفاية والقدرة على إدارة البيئة والتحكم بها مستفيداً –أيالفرد– من خبراته الماضية والحاضرة وما يتوفر له من فرص يتم الاستفادة منها في تحقيق أهدافه في حياته

4. الغرض من الحياة: يرى رايف (Ryff)أن الشخص الذي يتمتع بالصحة النفسية يحمل هدفاً وأفكاراً توفر لهمعنى لحياته، فالفرد الذي يمتلك أيماناً بفعله الماضي والحاضر وتوجهه نحو مستقبله بثقة تجعل منه مدركاً لغرض حياته التي يحاول من خلالها أيجادالمعنى

مقاييس جودة الحياة

قام بعض علماء النفس بوضع مقايس ذات معايير محددة تقيس جودة الحياة بشكل عام، وتم الاستناد عليها في معظم الدراسات التي ارتبطت أحد متغيراتها بقياس جودة الحياة، وفيما يلي بعض هذه المقاييس:

1. مقياس جودة الحياة لفرش (Frisch, 1992)

وهو يقيس الرضا عن الحياة (جودة الحياة)، ويتضمن مقياس الجودة الذاتية الذي يغطي 17 مجالاً للحياة، مثل: العمل والصحة ووقت الفراغ والعلاقات مع الأصدقاء والأبناءومستوى المعيشة وفلسفة الحياة والعلاقات مع الأقارب والجيران والعمل الوطني، وغيرها، حيث يطلب من المفحوص تقدير الرضا في مجال معين من الحياة، وكذلك قيمة أو أهمية ذلك المجال بالنسبة للسعادة العامة للفرد.

2. مقياس منظمة الصحة العالمية لجودة الحياة لسنة 1997.

وهذا المقياس يتكون من 28 مفردة، والاستجابة من خمس نقاط وفقاً لمقياس ليكرت الخماسي، وتقيس جودة الحياة العامة فـي المجـالات البدنيـة والاسـتقلال والوظائف النفسية، والعلاقات الاجتماعية والمجال البيئي لجودة الحيـاة، ويعتمـد المقياس على القبول والرفض، وتتراوح درجات القياس من 28 إلـى 140 نقطـة، وتشير الدرجات المرتفعة إلى جودة حياة مرتفعة. (Molassiotis, et al, 2002)

3. مقياس تقييم جودة الحياة لهاوثورن (Hawthorne, 1999)

يتكون هذا المقياس من 15 مفردة تقيس أبعاد خمسة لجودة الحياة المرتبطـة بالصحة وهي: الأمراض والحياة والعلاقات الاجتماعية والنواحي الجسمية والساعدة النفسية، والاستجابة عليها بنعم أو لا، حيث تعطى درجة صفر لجودة الحياة السيئة، وواحد لجودة الحياة العادية.

4. استبيان المنظمة الأوروبية لعلاج السرطان

لتقييم جودة الحياة المرتبطة بالصحة. وهو يتكون من 30 مفردة تقيس الأعاد التالية لجودة الحياة: الحالة الصحية الشاملة، الأداء البدني، الدور الانفعالي والدور المعرفي والاجتماعي والنواحي المالية، وتمثل الدرجات المرتفعة جودة حياة جيـدة. (Smith, et al, 2003).

2.2 الدراسات السابقة:

أجري العديد من الدراسات السابقة ذات العلاقة بموضوع هذ الدراسة حيـث تضمنت هذه الدراسات محورين مرتبه تصاعديا من الاقـدم إلـى الاحـدث وهـذه المحاور هي:

المحور الأول : الدراسات العربية .

المحور الثاني : الدراسات الاجنبية.

المحور الاول: الدراسات العربية

فقد أجرت جميل (2001) دراسة هدفت إلى التعرف على اتجاهات الوالـدين نحو زواج أبنائهم المعاقين عقلياً، ومدى اختلاف هـذه الاتجاهـات طبقـاً لـبعض المتغيرات مثل الجنس ومحل الإقامة ومن ثم محاولـة الوصـول إلـى مقترحـات

وتوصيات تساعد الوالدين على فهم طبيعة المعاق عقلياً في مرحلة الرشد وتبصيرهم بكيفية التعامل معه، ولتحقيق أهداف الدراسة اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي التحليلي وباستخدام الاستبيان كأداة للدراسة وزعت على عينة الدراسة المكونة من (100) مفردة من آباء وأمهات الأبناء المعاقين عقلياً في مرحلة الرشد ممن تخرجوا من مدارس التربية الفكرية في مناطق شبين الكوم وبركة السبع وقويسنا ودمنهور في الاسكندرية.اشارت النتائج الى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الآباء والأمهات نحو زواج أبنائهم المعاقين عقلياً في بعد قدرة الابن المعاق على الزواج، وكانت هذه الفروق تميل لصالح الأمهات اللواتي يرين أن أبنائهم لهم القدرة على الزواج في حين أن الآباء لا يرون ذلك. كما أظهرت نتائج الدراسة كذلك وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الآباء على مقياس اتجاهات الوالدين نحو زواج أبنائهم المعاقين عقلياً حسب جنس الابن المعاق لصالح الإناث.

وأجرت أبو موسى (2008) دراسة هدفت إلى التعرف إلى مستوى التوافق الزواج وعلاقته بسمات الشخصية(الخجل – التدين) لدى المعاقين المتزوجين، وتأثير بعض المتغيرات (الجنس، العمر, نوع الإعاقة, المؤهل العلمي, مدة سنوات الزواج, الخجل, التدين)على مستوى التوافق الزواجي للمعاقين، وللتوصل إلى أهداف الدراسة اعتمدت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي، حيث قامت بتصميم استبانة كأداة للدراسة وزعت على عينة الدراسة التي تم اختيارها بطريقة عشوائية من المعاقين حركياً وبصرياً المتزوجين في مؤسسات خاصة بالمعاقين قوامها (178) معاقاًمتزوجاً (78) إعاقةحركية، (100) إعاقة بصرية. أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود علاقة ارتباطيه ذات دلالة إحصائية بين التوافق الزواجي وسمةالخجل لدى المعاقين، أو سمة التدين لدى المعاقين، بالإضافة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التوافق الزواجي تعزى لمتغير (الجنس – العمر– نوع الإعاقة–لمدة سنوات الزواج)، وأن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التوافق الزواجي تعزى للمؤهل العلمي.

وقد أجرى حسن(2010) دراسة هدفت إلى التعرف إلى العلاقة بين تقبل الوالدين للإعاقة وبين جودة الحياة، وشملت عينة الدراسة (30) من الآباء والأمهات

للأطفال المعوقين عقلياًو (30) من آباء وأمهات معوقين سمعياً، و (30) من الآباء والأمهات ذوي الإعاقة الحسية، من محافظة القاهرة ومحافظة الجيزة، وقد استخدمت الباحثة مقياس جودة الحياة ومقياس درجة تقبل الآباء للطفل المعوق في الأسرة الذين أعده محمودمنسي (منسي، 2009)، وقد أشارت النتائج إلى علاقة موجبة دالة إحصائياً بين إدراك الوالدين لجودة الحياة وتقبلهم لطفلهم المعوق، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات مرتفعي جودة الحياة ومنخفضي جودة الحياة في درجة تقبلهم لطفلهم المعاق لصالح مرتفعي جودة الحياة، كما أشارت النتائج إلى أن تقبل الوالدين للطفل المعوق يختلف اختلافاً دالاً إحصائيا باختلاف نوع الإعاقة، كما تختلف جودة الحياة (الاستقرارفي المستوى المادي – الدخل، والاستقرار الاجتماعي، وتكوين علاقات مع الآخرين)، باختلاف نوع الإعاقة.

وأجرت حسن (2010) دراسة بعنوان جودة الحياة وعلاقتها بتقبل الوالدين للطفل المعاق ، وهدفت الدراسة الى التعرف على مدى تقبل الوالدين لطفلهما المعاق، ومعرفة العلاقة بين تقبل الوالدين للاعاقة ، وجودة الحياة على عينة اشتملت (30) من اباء وامهات الاطفال المعاقين ، (30) من اباء وامهات الاطفال المعاقين سمعيا ، (30) من اباء وامهات الاطفال ذويالاعاقة الحسية ، باستخدام مقياس جودة الحياة ، ومقياس درجة تقبل الاباء الوالدين للطفل المعاق اختلافا دالا احصائيا باختلاف نوع الاعاقة واختلاف جودة الحياة ، والاستقرار الاجتماعي وتكوين علاقات مع الاخرين باختلاف الاعاقة .

وأجرى **البطاينة (2011)** دراسة هدفت إلى معرفة اثر برنامج تدريب الجمعي مقترح في تعديل اتجاهات والدي الأطفال التوحديين نحو أطفالهم، ومعرفة اثر البرنامج على اتجاهات الوالدين في ضوء متغيرات الجنس والمؤهل العلمي والمجموعة. ولتحقيق أهداف الدراسة، تم بناء أداة لقياس اتجاهات آباء الأطفال التوحديين وأمهاتهم نحو أطفالهم، كما تم بناء برنامجٍ تدريبي هدفه تعديل الاتجاهات لديهم بشكل ايجابي. وتكونت عينة الدراسة من(40) أب وأم لأطفال توحديين تم توزيعهم بالتساوي على المجموعتين الضابطة والتجريبية؛ حيث كان عدد الوالدين في المجموعة التجريبية(20) و(20) في المجموعة الضابطة، أشارت النتائج إلى أن

المستوى العام لتقديرات اتجاهات الوالدين نحو أطفالهم التوحديين هو مستوى (تقدير ايجابي). كما أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلاله إحصائية يعزى لمتغير المجموعة، ولصالح المجموعة التجريبية. وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغيري المؤهل العلمي والجنس.

وهدفت دراسةعامر (2011) إلى التعرف إلى مستوى نوعية الحياة لأسر الأفراد المعوقين في المملكة العربية السعودية وعلاقتها بالتكيف والتماسك الأسري، وتكونت عينة الدراسة من (223) أسرة، منها (172) أسرة من أسرالأفراد ذوي الإعاقة و(51) من أسر الأفراد الذين لايعانون من إعاقة، استخدمت ثلاثة مقاييس وهي مقياس نوعية حياة الأسرة، ومقياس التكيف الأسري، ومقياس التماسك الأسري، وأشارت النتائج إلى أن أسر الأفراد ذوي الإعاقة في المملكة العربية السعودية تتمتع بمستوى نوعية حياة متوسط ، وأشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أسرالأفراد ذوي الاعاقة، وأسر الأفراد الذين لا يعانون من إعاقة في مستوى نوعية الحياة في الدرجة الكلية، وذلك لصالح الأفراد ذوي الإعاقة، كماأشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية لمستوى نوعية حياة أسر الأفراد ذوي الإعاقة تعزى لمتغير نوع الإعاقة، وأشارت النتائج إلى أن الفروق في بعد الرعاية الاسرية لصالح أسر الأفراد ذوي الإعاقة العقلية والسمعية والبصرية والحركية، كما وجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعات أسر الأفراد ذوي الإعاقة على بعد الرفاه العاطفي، وكانت هذه الفروق لصالح أسر الأفراد ذوي الإعاقة البصرية، وأسرالأفراد ذوي الإعاقة السمعية، وأشارت النتائج إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية على أبعاد مقياس نوعية الحياة لأسر الأفراد ذوي الإعاقة، والدرجة الكلية حسب متغير المنطقة الجغرافية.

وهدفت دراسة (شاهين و خليل، 2012) التعرف على دور خدمات الرفاه الاجتماعي التأهيلية في تحسين جودة الحياة لدى أسر المعوقين عقلياً في القدس من وجهة نظر الوالدين، ولتحقيق أهداف الدراسة اعتمد الباحثان على المنهج الوصفي التحليلي حيث تم تصميم استبانة وزعت على عينة عشوائية مكونة من (204) من أولياء أمور المعوقين عقلياً المعروفين لمكتب الرفاه الاجتماعي في القدس والذين

يتلقون خدمات تأهيلية. أظهرت نتائج الدراسة أن الدرجة الكلية لجودة الحيـــاة لـــدى أسرة المعوق عقلياً من وجهة نظر الوالدين كانت متوسطة. كما أشارت النتائج إلـــى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة جودة الحياة لدى أسرة المعوق عقلياً من وجهة نظر الوالدين تبعاً لاختلاف الجنس للمعوق في المجال الاجتماعي، ومجال الإرشاد والصحة النفسية والمجال الاقتصادي، بينما كانت هذه الفـــروق ذات دلالـــة إحصائية في مجال التوعية بالحقوق ولصالح الإناث.

وأجرى جابر والراجحي وابراهيم (2013) دراسة بعنوان دراســـة مقارنـــة للمهارت الحياتية للاطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم في ضوء مســـتويات جـــودة الحياة لدى امهاتهم، واجريت الدراسة على عينـــة قصـــدية مكونـــه مـــن (100) أم وتكونت عينة الاطفال من (40) طفل، واستخدم الباحثون مقـــاييس منهـــا، مقيـــاس وكسلر لذكاء الاطفال، ومقياس جودة الحياة لدى امهات الاطفـــال المعـــاقين عقليـــا القابلين للتعلم، وأشارت النتنائج الى وجود فروق احصائية دالة بين متوسطات اطفال الامهات ذوات جودة الحياة المرتفعة عن الامهات ذوات جودة الحياة المنخفضة فـــي مهارات الحياة.

أما الخالدي (2014) فقد أجرت دراسةهدفت الى التعرف على دور الأســـرة في تأهيل الطفل المعاق، ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام الوصفي التحليلي، وتم تطبيق الدراسة على عينة من أسر الأطفال المعاقين والمتعاملين مع جمعية الأطفـــال المعوقين بمدينة الرياض، حيث تم توزيع الاستبانة المصممة خصيصاً لـــذلك علـــى تلك الأسر، أظهرت نتائج الدراسة أن أهم أدوار الأسرة في الكشـــف المبكـــر عـــن الإعاقة يتمثل في متابعة حالة الابن المعاق مع الأطبـــاء بعـــد اكتشـــاف الإعاقـــة، والالتزام بتنفيذ كافة توجيهات الأطباء والانفاق على علاج وتأهيل الطفل المعاق، كما أظهرت نتائج الدراسة أن أهم المعوقات التي تواجه الأسرة في القيام بـــدورها تجـــاه تأهيل الطفل المعاق تتمثل في عدم وجود مدارس متخصصة فـــي جميـــع المراحـــل الدراسة، وعدم استمرارية البرامج التأهيلية.

أجرت خلف الله (2015) دراسة هدفت إلى معرفة مستوى جودة الحياة لأسر الأطفال ذوي الإعاقة العقلية بمراكز التربية الخاصة بمحلية الخرطـــوم، مســـتخدمة

المنهج الوصفي، ولتحقيق أهداف الدراسةاعتمدت الباحثة استبانة البيانات الأولية و(مقياس جودة الحياة وهو مقياس منظمة الصحة العالمية تعريب بشرى أحمد (2008م ، وتم توزيعه على عينة الدراسة المكونة من "71" فرداً من أولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقة العقلية، تم اختيارهم عن طريق العينة العشوائية الطبقية المتناسبة، وأشارت النتائج إلى أن السمة العامة لجودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً بمراكز التربية الخاصة بمحلية الخرطوم تتسم بالسلبية، كما أنه توجد علاقة ارتباطية سلبية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة مع درجة الإعاقة لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً، ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً تبعاً لمتغير النوع (ذكر، أنثى)، كما توصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لد أسر الأطفال المعاقين عقلياً تبعاً للمستوى التعليمي للوالدين، وتبعاً لمتغير المستوى الاقتصادي، وأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين تبعاً لمستوى الحالة الصحية للوالدين.

كما **أجرت طبال (2015)** دراسة هدفت إلى معرفة مستوى جودة الحياة لدى أسر المعاقين ذهنياً، ولتحقيق هدف الدراسة اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي التحليلي، حيث تم تصميم مقياس لجودة الحياة الأسرية للطفل المعاق من قبل الباحثة، تم توزيع المقياس على عينة الدراسة المكونة من 30 أسرة أي (60 أم وأب) لكل طفل من الأطفال المعاقين الذين تم اختيارهم بطريقة قصدية من منطقة ولاية الروادي بالجزائر. وأشارت النتائج الى أن هناك مستوى متوسط من جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين ذهنياً، وكذلك لا توجد فروق في هذا المستوى لدى الآباء والأمهات على مختلف فئاتهم العمرية. وأظهرت نتائج الدراسة كذلك وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى آباء وأمهات الأطفال المعاقين ذهنياً تعزى للمستوى الاقتصادي للأسرة، وكانت هذه الفروق تميل لصالح الأسر ذوي الدخل الاقتصادي المرتفع.

المحور الثاني : الدراسات الاجنبية

أجرى روث ودينيس وأخرون (Ruth, Dennis, et al,1993) بعنوان: تقييم جودة الحياة للمعاقين وفقاً للخدمات المقدمة لهم (دراسة تخطيط وتقييم)، وهدفت الدراسة إلى تقييم الخدمات المقدمة للمعاقين وفقا للخدمات والبرامج التي تقدم لهم وفقاً لمفهوم جودة الحياة، وقد استخدم الباحثون النموذج المثالي في هذه الدراسة التحليلية (المنهج الوصفي النوعي) الذي يرتكز على قيم واحتياجات الإنسان وخبراته المتراكمة، والتي تشتمل على نقاط القوة والضعف التي يواجهها المعاق .نو هذا وأسفرت الدراسة عن وجود مجموعة من النتائج، تمثلت فيما يلي : أن الخدمات والبرامج المقدمة للمعاقين يجب أن تأخذ بعين الاعتبار مدى الملائمة النفعية بين مكونات مفهوم جودة الحياة واحتياجات الإنسان . أن الأشخاص الذين يعانون من الإعاقة، يجب أن يتم الاتصال والتواصل معهم من قبل مقدمي الخدمة، من أجل تحديد أهمية مفهوم جودة الحياة والتي يجب أن تترجم في البيئة التي يعيش فيها هؤلاء المعاقين.

دراسة بوسويل بوني (1998)بعنوان: مفهوم جودة الحياة لدى المعاقين حركياً (مصابي النخاع الشوكى) وهدفت الدراسة إلى زيادة البحث العلمي المتعمق والذي يتجاوز حدود المقاييس الرقمية والنماذج الوصفية في التحليل لمفهوم جودة الحياة من قبل المعاقين، وتعتبر هذه الدراسة من الدراسات النوعية التي صممت للحصول على إجابات لمفاهيم المعاقين حول مفهوم جودة الحياة لديهم، وتكون مجتمع الدراسة من (21)شخصاً معاقاً ، وقد استخدم الباحثون جلسات نقاش صغيرة من أجل اكتشاف بعدين رئيسيين لجودة الحياة وهما: معنى جودة الحياة، والعوامل المساهمة في تنمية جودة الحياة. هذا وأشارت النتائج الى:أن مفهوم جودة الحياة يختلف من معاق إلى أخر ، حيث إن هذا الاختلاف يعود إلى الفروق الفردية ، والظروف الحياتية المختلفة التي يخضع لها كل معاق. أن الموقف الايجابي للمعاق يركز على أن جودة الحياة تزداد باستمرار كلما تحققت فرصة للعمل ، حيث أن العمل يساهم في تحقيق مجموعة من المصادر المعيشية والتي تؤهل المعاق للتمتع بمستوى أعلى من جودة الحياة.

دراسة هامبتون(Hampton,1999) بعنوان : جودة الحيــاة لــدى المعــاقين وعلاقتها ببعض المتغيرات. وهدفت الدراسة إلى معرفة علاقة كل مــن متغيــرات العمر ودرجة الإعاقة وتاريخ بداية الإعاقة والمستوى التعليمي والــدعم الاجتمــاعي وتكونت عينة الدراسة من (144) معاق الرجال و(22) من الســيدات، تتــراوح أعمارهم من 16 إلى 35 سنة . هذا وأسفرت الدراسة عن وجــود مجموعــة مــن النتائج، تمثلت فيما يلي : أن درجة الإعاقة وعمر الفــرد وتــاريخ بدايــة الإعاقــة والمستوي التعليمي والوضع الزواجي والعمل والوضع الصحي والدعم الاجتمــاعي ترتبط بصورة دالة بجودة الحياة لدى المعاقين في فئاتهم المختلفــة . أن الأشــخاص (المتزوجون أو غير المتزوجين) الذين يعملون في وظائف يرتضــونها، 74وعلــى مستوى عال من التعليم ويحصلون على الدعم الاجتماعي، ويرون أنفسهم في صحة جيدة يميلون إلى الارتفاع على مقاييس جودة الحياة . بينما يــنخفض مــن يــدركون أنفسهم بصورة سلبية، وتقل علاقتهم بالآخرين أو بالمحيط البيئي .

دراسة بروس(Brusce, 2002) بعنوان: قياس مدى تأثير خدمات التأهيل على جودة الحياة لدى المعاقين في كمبوديا. وهدفت الدراسة إلى قياس مدى جودة الحيــاة لدى المعاقين في كمبوديا، ومعرفة مدى تأثير الخــدمات التأهيليــة المقدمــة لهــم، وتكونت عينة الدراسة من (164) معاقاً، وهم من مجتمعات تصــنف علــى أنهــا حضارية وريفية. واعتمدت الدراسة استبانة لجودة الحياة . وأشارت النتائج الى مــا يلي: أن مستوى جودة الحياة على المقياس كانت متدنية لدى المعاقين في كمبوديــا، حيث أنهم لم يتلقوا أي خدمات تأهيلية مقارنة مع الذين تلقــوا خدمــة واحــدة مــن الخدمات التأهيلية الأنفة الذكر . أن مستوى جودة الحياة على المقياس كــان مرتفعــاً بالنسبة للمعاقين الذين تلقوا الأنواع الثلاث من الخدمات التأهيلية . تبين مــدى فقــر بعض المجموعات والذين يحتاجون إلى اكتساب مهارات التخطيط، ورسم ايصــال الخدمات والسياسات.

دراسة جيون بارك واخرين(Jiyeon Park, Ann, Rutherford, Turnbull. J,2002) بعنوان: تأثير الفقر على جودة الحياة لدى الأطفال المعاقين. وهدفت الدراسة إلى معرفة مدى تأثير الفقر على جودة الحياة لدى الأطفال المعاقين ، وقد اعتمدت هذه

الدراسة على البحث الوصفي النوعي مع الاعتماد على الإحصائيات، والأشخاص المعاقين وظروفهم المعيشية ، والسكنية ، والعائلية في عدة ولايات مختلفة من أمريكا، كما اشتملت الدراسة أيضاً على البحث التاريخي متمثلة بالأبحاث السابقة التي تناولت دراسة مفهوم جودة الحياة للأشخاص المعاقين . هذا وأسفرت الدراسة عن وجود مجموعة من النتائج، تمثلت فيما يلي : أن هناك علاقة ذات مغزى بين الفقر وكل من (الدخل والإعاقة والعرق) ، كما أشارت الدراسة بأن هناك علاقة سببية بين هذه العوامل . وقد أشارت الدراسة إلى ضرورة إتباع مفهوم فكرى جديد لجودة الحياة ، هذا المفهوم الذي يعتمد على تحسين أساليب الجودة ، وجودة المخرجات التي يفضلها هذا الشخص المعاق أو ذاك , وشددت الدراسة على أنه ليس هناك مفهوم معياري لجودة الحياة، والتي تقرر ماذا تعنى كلمة جودة الحياة للمعاقين.

دراسة ستانفورد روبن(Stanford Ruben ,2003) بعنوان تقييم التغيرات في المهارات الحياتية وجودة الحياة الناتجة عن خدمات التأهيل للمعاقين، وهدفت الدراسة التعرف إلى المدى الذي تسهم فيه خدمات التأهيل في رفع رفاهية المعاق، والتعرف إلى الرغبات التي من شأنها يتم تقديم برنامج التأهيل من قبل من يحتاجه، واختبار مدى ما تسهم به مهارات الحياة وجودة الحياة باعتبارهما عنصرين مؤثرين في عملية التقييم، وتكونت عينةً الدراسة من الجنسين (ذكور واناث) من المجتمع الأمريكي، والمجتمع الانجليزي، وقد اعتمدت الدراسة على استبانات تقييمية، شملت عدة محاور وهي: مهارات الاعتماد على النفس ، مهارات الحركة الذاتية، مهارات الاتصال ، مهارات الإدارة الصحية ، مهار ات البحث عن العمل ...الخ) وأظهرت نتائج الدراسة أنه كلما انخفضت نسبة العجز في توفير الخدمات اللازمة زادت قدرة الشخص المعاق على تأدية وظائفه الحياتية بطريقة مستقلة وزادت الدافعية لديه . أنه كلما أصبح الشخص المعاق أكثر استقلالية في تأدية مهامه الوظيفية، كلما ساهم ذلك في تطوير أسلوب حياته، ومن ثم يصبح شخصاً ايجابياً متفائلاً ومقبلاً على الحياة،

دراسة برد جيتي وونج وأخـــرون(Bridget, Young, Helen, Mary, Alla., 2007,) بعنوان: دراسة نوعية لمفهوم جودة الحياة لدى الأطفال المعاقين. وهـــدفت الدراسة إلى معرفة مدى إدراك الأطفال المعاقين لمفهوم جودة الحياة، حيث كانـــت الفئة المستهدفة من الدراسة عبارة عن مجموعات صغيرة من العائلات ، وقد قسمت هذه المجموعات إلى عينات مستهدفة معتمدين على (28) طفلا، منهم (15) مـــن الذكور و(13) من الإناث، و(35) من أولياء الأمور، وقـــد اســـتخدم البـــاحثون أدوات للدراسة منهـــا: مقيـــاس يقـــيس مفهـــوم جـــودة الحيـــاة لـــدى المعـــاقين KIDSCREEN، ويحتوى المقياس على عدة أبعاد منها، البعد الاجتماعي بالاضافة الى أسلوب المقابلة . وأشارت النتائج الى: أن 86 %من العائلات قد وافقـــت علـــى التواصل مع المجتمع المحلي، وأن هناك عوامل مهمة وذات تأثير في مفهوم جـــودة الحياة لدى الأطفال المعاقين لم يتم تمثيلها أو إيضاحها في استبانة KIDSCREEN ، ولكن هذه العوامل تبينت من خلال المقابلة ، حيث تبين بأن هنـــاك عوامـــل مهمـــة تساهم في جودة الحياة للمعاقين وتشمل، (حياة المنزل ، الجيران، أعضاء العائلـــة من غير أولياء الأمور، علاقات الأصدقاء، الألم، الراحة ، ومســـكن المعـــاق ، وتوافر معايير الأمن والسلامة ، والموازنة المالية المخصصة له، والوقت المتوفر له.

دراسة هيل(Heal,2008) هدفت الدراسة الى تحسين جودة الحياة لدى ابـــاء الاطفال المعاقين وتعديل اتجاهاتهم اللاسوية نحو ابناءهم المعاقين ، حيـــث طبقـــت الدراسة على 60 من اباء وامهات الاطفال المعاقين بصريا , واستخدم الباحث ادوات الدراسة وكانت، مقياس جودة الحياة , برنامج ارشادي للوالدين، وكانت النتـــائج ان الحالة الاقتصادية ومستوى التعليم وبرامج الدعم التي تقدم للوالدين لها اهمية كبيـــرة في تحسين جودة حياتهم .

التعقيب على الدراسات السابقة:

من خلال استعراض الدراسات السابقة المتعلقة بموضوع الدراسة الحالية نجد أن:

1. قد تعددت الأهداف من حيث طبيعة المتغيرات التي ارتبطت مـــع موضـــوع الدراسة منها دراسات اتفقت مع بعضها من حيث الهدف ومنهـــا دراســـات

اختلفت مع بعضها. فهناك دراسات كان الهدف منها التعرف على مدى تأثير خدمات التأهيل المقدمة للمعــاقين كمــا جــاء فــي دراســة مثــل دراســة (stanford,ruben,et al,2003) ودراســة (Roth dennis,et al,1993) ودراسة(pross,powell, et al,2002) كما هدفت بعض الدراسات إلــى معرفة الاختلاف في جودة الحيــاة لــدى عينــات مختلفــة مثــل دراســة (Hampton,1999)ودراسة (موسى،2008) التي هدفت إلى معرفة العلاقة بين بعض المتغيرات، كالدعم الاجتماعي، ودرجي الإعاقة، والعمر، وتاريخ بداية الإعاقة، والمستوي التعليمي، والتوافق الزواجي بجودة الحياة، واتفقــت دراسة(predget young,2007) مع دراسة بوسويل (1998)التي هدفتا إلى معرفة إدراك المعاقين لجودة الحياة، باستثناء دراسة(Jiyeon,Park, et al,2002) التي هدفت إلى معرفة مدى تأثير الفقر على جودة الحيــاة، كمــا هدفت كل من دراسة (جميل،2001) إلى معرفة اتجاهات الوالدين نحو زواج ابنائهم المعاقين، في حين جاءت دراسة ال (بطاينــة،2011) لمعرفــة اثــر برنامج تدريبي في تعديل اتجاهات الوالدين نحو أطفالهم في ضوء متغيــرات منها الجنس والمؤهل، في حين هدفت دراسة(شاهين وخليل،2012) لمعرفــة دور خدمات الرفاه الاجتماعي وتحسين جودة الحياة من وجهة نظر الوالدين، ودراسة (الخالدي،2014) هدفت لمعرفة دور الاسرة في تأهيل الطفل المعاق.

2. فقد طبقت الدراسات السابقة جميعها على أسرالمعاقين والاطفال ذوي الاعاقة.
3. وقد أشارت بعض الدراسات إلى وجود علاقة ارتباطيه بين بعض المتغيرات بجودة الحياة، كدرجة الإعاقة، والعمر، وتاريخ الإعاقة، والمستوي التعليمي، هذا ما أكدته دراسة (Hampton,1999)، واتفقت معها دراسة (Young et al,2007) التي أشارت إلى وجود مجموعة من العوامل التــي تســاهم فــي تحسين جودة حياة المعاقين، وأشارت دراسة(Jiyeon,Park, et al,2002) إلى وجود علاقة بين الفقر و كل من الدخل، والإعاقة، والعرق بجودة الحياة لدى المعاقين.

بعد الاطلاع على الدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة نلاحظ أن موضوع الدراسة الذي يدور حول اتجاهات أسر ذوي الإعاقة نحـــو زواج أبنائهم وعلاقتها بجودة الحياة لم يحظ باهتمام الباحثين، ولم تقف الباحثة – في حدود علمها– على أي دراسة تناولت موضوع الدراسة الحالية، ســـواء فـــي البيئة الأردنية أو العربية أو الأجنبية، وكان هذا ما يميز الدراسة الحالية عـــن غيرها، وقد يعود ذلك السبب لحداثة مفهوم جودة الحياة على المستوى العلمي، وندرة الدراسات العربية والاجنبية التي بحثت في اتجاهات اسر ذوي الاعاقة نحو الزواج.

الفصل الثالث

المنهجية والتصميم

يتناول هذا الفصل وصفاً لمنهجية الدراسة من حيث مجتمع الدراسة ووصف خصائص العينة وطريقة اختيارها، وإجراءات الدراسة، وأداتها، والأساليب الإحصائية المستخدمة في معالجسة البيانات وإظهار النتائج.

1.3 منهجية الدراسة

تعد هذه الدراسة من الدراسات الوصفية المسحية، وذلك في ضوء طبيعة أسئلة الدراسة والأهداف التي تسعى إلى تحقيقها، حيث اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، والذي يهدف إلى وصف وتحليل اتجاهات أسر ذوي الإعاقة نحو زواج أبناءهم ذوي الإعاقة وعلاقتها بجودة الحياة، وذلك من وجهة نظر أسر ذوي الإعاقة في محافظة الكرك.

2.3 مجتمع الدراسة

تكون مجتمع الدراسة من جميع أسر ذوي الإعاقات العقلية ومن أسر الاطفال التوحديين في محافظة الكرك، والبالغ عددهم الإجمالي نحو (198) أسرة، منهم (125) أسرة من ذوي الإعاقة العقلية، و (73) أسرة من ذوي التوحد (مكتب ارتباط المجلس الاعلى لشؤون المعوقين ، 2016).

3.3 عينة الدراسة

لاختيار عينة الدراسة، فقد اعتمدت الدراسة على أسلوب المسح الشامل لعناصر مجتمع الدراسة، حيث تم أخذ جميع أسر ذوي الإعاقة في محافظة الكرك كعينة دراسية. فتكونت عينة الدراسة من (160) أسرة، تشكل ما نسبته(83.3 %) من مجتمع الدراسة المستهدف. وفيما يلي وصف لتوزيع أفراد عينة الدراسة وفقا لنوع الإعاقة والنوع الاجتماعي للمعاقين في الأسرة.

جدول (1)

المتغيرات النوعية للمعاقين في أسر عينة الدراسة

المتغير	فئات المتغير	العدد	النسبة (%)
	إعاقة عقلية	107	66.88
نوع الإعاقة	توحد	53	33.13
	المجموع	160	100
	ذكور	104	65.00
النوع الاجتماعي للمعاقين في الأسرة	إناث	56	35.00
	المجموع	160	100

4.3 أدوات الدراسة:

لتحقيق أهداف الدراسة، والذي يتمثل في معرفة اتجاهات أسر ذوي الإعاقة نحو زواج أبناءهم المعاقين وعلاقتها بجودة الحياة تم تطوير مقياساً خاصاً لقياس اتجاهات أسر ذوي الإعاقة نحو زواج أبناءهم، كما تم تطوير مقياسا آخر لقياس مستوى جودة الحياة لأسر ذوي الإعاقة، بما يتناسب مع البيئة المحلية لمجتمع الدراسة في محافظة الكرك.

مقياس اتجاهات أسر ذوي الإعاقة نحو زواج أبناءهم:

تم تطوير هذا المقياس بعد الرجوع إلى الأدب النظري والدراسات السابقة، والمقاييس ذات العلاقة بموضوع الدراسة إذ تم الرجوع إلى المقاييس الآتية(عفانة، كباجة ،1997 ،حسين،محمد،2015).

وقد تضمن المقياس في صورته الأولية على (30) فقرة ، قبل التأكد من صدقه وثباته، وقد تدرجت الإجابة على كل فقرة من فقرات المقياس وفق سلم ليكرت الخماسي، وذلك وفق الترتيب الآتي: (غير موافق بدرجة كبيرة ، غير موافق، موافق بدرجة قليلة ، موافق بدرجة متوسطة، موافق بدرجة كبيرة)، وفيما يتعلق باحتساب الدرجات فإنها سوف تعطى التدرج التالي (5,4,3,2,1).

5.3 صدق وثبات أداة الدراسة

صدق وثبات مقياس اتجاهات أسر ذوي الإعاقة نحو زواج أبناءهم

الصدق الظاهري: عرض مقياس الدراسة " اتجاهات أسر ذوي الإعاقة نحو زواج أبناءهم، في صورته الأولية على (10) محكمين من أعضاء هيئة التدريس من جامعة مؤتة ، وذلك لإبداء آرائهم فيما يلي :

أ . تحديد انتماء كل فقرة من الفقرات للمقياس.

ب . صلاحية الفقرة لقياس ما وضعت لأجله.

ج . مناسبة سلم التقدير عن الإجابات.

د . وضوح صياغة الفقرات، وإجراء تعديل ، أو حذف، أو إضافة فقرات جديدة للمقياس.

وعلى ضوء التعديلات التي أجريت من قبل المحكمين استبقيت فقرات المقياس التي حصلت على اتفاق (80 %) فأكثر من عدد المحكمين، وحذفت بعض الفقرات التي حصلت على أقل من هذه النسبة. كما تم تعديل صياغة عدد من الفقرات التي أجمع أكثر من (25 %) من المحكمين على ضرورة تعديلها. بذلك تضمن مقياس اتجاهات أسر ذوي الإعاقة نحو زواج أبناءهم، على (27) فقرة. والجدول (2) يوضح الفقرات التي تم حذفها من المقياس.

جدول (2)

الفقرات التي تم حذفها من مقياس اتجاهات أسر ذوي الإعاقة نحو زواج أبناءهم

الفقرات	نوع التغيير
لا اشعر ان ابني\ ابنتي ذوي الاعاقة ابا \اما ناجحا	حذف
ارى ان ابني\ ابنتي ذوي الاعاقة لا يستطيع الزواج	حذف

وفي الملحق(أ) أسماء المحكمين، والملحق (ب) يعرض المقاييس في صورتها الاولية ، والملحق(ج) المقاييس في الصورة النهائية.

صدق الاتساق الداخلي للمقياس اتجاهات أسر ذوي الإعاقة نحو زواج أبناءهم

للتأكد من الصدق البنائي لمقياس اتجاهات أسر ذوي الإعاقة نحو زواج أبناءهم قامت الباحثة بتطبيق المقياس على عينة استطلاعية مؤلفة من 30 مبحوث

من مجتمع الدراسة غير العينة، حيث تم التأكد من صدق بنـــاء المقيـــاس باســـتخدام معامل ارتباط التوافق Person Correlation بين درجة الفقرة الواحـــدة والدرجـــة الكلية للمقياس.

الجدول (3) يوضح معاملات ارتباط التوافق Person Correlation بين درجات كل فقرة والدرجة الكلية لمقياس اتجاهات أسر ذوي الإعاقة نحو زواج أبناءهم.

جدول (3)

معاملات الارتباط بين الفقرات والدرجة الكلية لمقياس اتجاهات أسر ذوي الإعاقة نحو زواج أبناءهم

رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط
1	0.449**	8	0.411**	15	0.544**	22	0.577**
2	0.529**	9	0.446**	16	0.432**	23	0.482**
3	0.533**	10	0.552**	17	0.443**	24	0.553**
4	0.430**	11	0.495**	18	0.671**	25	0.462**
5	0.551**	12	0.574**	19	0.576**	26	0.584**
6	0.444**	13	0.511**	20	0.481**	27	0.53**
7	0.517**	14	0.439**	21	0.518**	-	-

** دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$).

يلاحظ من الجدول (3) أن جميع قيم معـــاملات الارتبـــاط لفقـــرات مقيـــاس اتجاهات أسر ذوي الإعاقة نحو زواج أبناءهم المعاقين مع درجـــة المقيـــاس ككـــل تراوحت بين (0.411 – 0.671) وهي قيم داله إحصـــائيا عـــن مســـتوى دلالـــة إحصائية (0.01).

ثبات مقياس اتجاهات أسر ذوي الإعاقة نحو زواج أبناءهم

تم التحقق من ثبات مقياس اتجاهات أسر ذوي الإعاقة نحو زواج أبناءهم باستخدام طريقة تطبيق الاختبار وإعادة تطبيقه (Test R- Test)، وطريقة معامل كرنباخ الفا Cronbach Alpha، حيث قامت الباحثة باستخدام طريقة إعادة الاختبار وذلك بتطبيق مقياس الدراسة بفاصل أسبوعين بين التطبيق الأول والتطبيق

الثاني على العينة الاستطلاعية، وبعد إجراء التطبيقين تم حساب معامل الارتباط بين الدرجة الكلية للمقياس في التطبيق الأول والتطبيق الثاني.

واستخدمت الباحثة أيضاً للتأكد من ثبات المقياس معامل ثبات كرونباخ ألفا، وكانت معاملات ثبات المقياس كما هو مبين في الجدول (4):

الجدول (4)

قيم معاملات الثبات لمقياس اتجاهات أسر ذوي الإعاقة نحو زواج أبناءهم

الرقم	المقياس	عدد الفقرات	معامل ثبات كرونباخ الفا	طريقة الاختبار وإعادة الاختبار (Test R-Test)
1	مقياس اتجاهات أسر ذوي الإعاقة نحو زواج أبناءهم	27	0.898	*0.661

يتضح من نتائج الجداول (4) أن قيم معامل الثبات لمقياس اتجاهات أسر ذوي الإعاقة نحو زواج أبناءهم المعاقين بطريقة الاختبار وإعادة الاختبار قد جاءت بدرجة مرتفعة، حيث بلغ معامل الارتباط للمقياس 0.661، باستخدام معامل كرونباخ ألفا فبلغت 0.898، مما يؤكد تمتع مقياس اتجاهات أسر ذوي الإعاقة نحو زواج أبناءهم المعاقين بدرجة مرتفعة من الثبات، وتعد مناسبة لأغراض الدراسة الحالية.

تصحيح مقياس اتجاهات أسر ذوي الإعاقة نحو زواج أبناءهم:

يتكون سلم الإجابة على فقرات المقياس من خمس مستويات، حيث اعتمدت الدراسة تصحيح اتجاهات عينة الدراسة نحو الفقرات وفقا لتدريج ليكرت الخماسي (Likert) وحدد بخمس إجابات حسب أوزانها رقميا، وحسب مستوى الاستجابة على النحو التالي:

1. (موافق بدرجة كبيرة) ويمثل (5 درجات).
2. (موافق بدرجة متوسطة) ويمثل (4 درجات).
3. (موافق بدرجة قليلة) ويمثل (3 درجات).
4. (غير موافق) ويمثل (درجتان).
5. (غير موافق بدرجة كبيرة) ويمثل (درجة واحدة).

مع العلم أنه تم معالجة جميع الفقرات في مقياس اتجاهات أسر ذوي الإعاقة نحو زواج أبناءهم لتتناسق مع تدرج واحد، وذلك بقلب تدرج الفقرات الايجابية إلى سلبية للحصول على الاتجاه العام السلبي لاتجاهات الأسر نحو زواج أبناءهم.

وتم تحويل الاتجاه العام لفقرات المقياس وللمقياس ككل إلى تدريج ثلاثي بناءً على التدرج حسب مقياس الوسط الحسابي، وذلك بتوزيعه حسب درجة الأهمية للاتجاه، لإعطاء تصور واضح للاتجاه العام وللفقرات، بالاعتماد على المعادلة الآتية وهي معيار التصحيح.

(القيمة العليا للإجابة- القيمة الدنيا للإجابة) / عدد المستويات = (5-1) / 3 =1.33

المستوى الأول: 1 + 1.33 = 2.33

المستوى الثاني: 2.34 - 3.67

المستوى الثالث: 3.68 - 5

وعليه تصبح التقديرات كالآتي:

أ. مستوى اتجاهات منخفض: اقل من أو يساوي (2.33).

ب. مستوى اتجاهات متوسط: اكبر من أو يساوي (2.34) إلى اقل من أو يساوي (3.67).

جـ. مستوى اتجاهات مرتفع: اكبر من أو تساوي (3.68).

وبذلك فإن قيم المتوسطات الحسابية للاتجاهات التي توصلت إليها الدراسة سيتم التعامل معها لتفسير البيانات على النحو التالي:

مرتفع	متوسط	منخفض
(3.68 فما فوق)	(3.67-2.34)	(2.33 فأقل)

وبناء على ذلك فإذا كانت قيمة المتوسط الحسابي للفقرة أكثر مـــن (3.68) فيكـــون مستوى الاتجاهات السلبية مرتفعاً، أما إذا كانت قيمة المتوســـط الحســـابي (2.34-3.67) فان مستوى الاتجاهات السلبية متوسطا، وإذا كان المتوسط الحسابي أقل مـــن (2.33) فيكون مستوى الاتجاهات السلبية منخفضا.

مقياس جودة الحياة :

تم تطوير **مقياس جودة الحياة وذلك** بعـــد الرجـــوع إلـــى الأدب النظـــري والدراسات السابقة، والمقاييس ذات العلاقة بموضوع الدراسة إذ تم الرجـــوع إلـــى المقاييس الآتية:(منسي وكاظم، 2006، العادلي، حشمت،2008).

وقد تضمن هذا المقياس على (3)مقاييس فرعية، هي: مقياس جـــودة الحيـــاة فـــي المجال الشخصي ، ومقياس جودة الحياة في المجال الأسري، ومقياس جودة الحيـــاة في المجال الاجتماعي.

وقد تضمن المقياس في صورته الأولية على (33) فقرة ، قبل التأكـــد من صدقه وثباته، وقد تدرجت الإجابة على كل فقرة من فقرات المقياس وفق ســـلم ليكرت الخماسي، وذلك وفق الترتيب الآتي: (غير موافق بدرجـــة كبيـــرة ، غيـــر موافق، موافق بدرجة قليلة ، موافق بدرجة متوسطة، موافق بدرجة كبيـــرة)، وفيمـــا يتعلق باحتساب الدرجات فإنها سوف تعطى التدرج التالي (5,4,3,2,1).

صدق وثبات مقياس جودة الحياة لدى أسر ذوي الإعاقة

الصدق الظاهري: عرض مقياس **جودة الحياة** في صورته الأوليـــة علـــى (10) محكمين من أعضاء هيئة التدريس من جامعة مؤتة ، وذلك لإبداء آرائهم فيمـــا يلي :

أ . تحديد انتماء كل فقرة من الفقرات للمقياس.

ب . صلاحية الفقرة لقياس ما وضعت لأجله.

ج . مناسبة سلم التقدير عن الإجابات.

د . وضوح صياغة الفقرات، وإجراء تعديل ، أو حذف، أو إضافة فقرات جديدة للمقياس.

وعلى ضوء التعديلات التي أجريت من قبل المحكمين استبقيت فقرات المقياس التي حصلت على اتفاق (80 %) فأكثر من عدد المحكمين، وحذفت بعض الفقرات التي حصلت على أقل من هذه النسبة. بذلك تضمن مقياس اتجاهات أسر ذوي الإعاقة نحو زواج أبناءهم، على (32) فقرة. والجدول (5) يوضح الفقرات التي تم حذفها من المقياس.

جدول (5)

الفقرات التي تم حذفها من مقياس جودة الحياة

الفقرات	نوع التغيير
اعاني من التفكير الكثير في مصير ابني \ ابنتي ذوي الاعاقة	حذف

صدق الاتساق الداخلي لمقياس جودة الحياة

للتأكد من صدق الاتساق الداخلي لمقياس **جودة الحياة** قامت الباحثة بتطبيق المقياس على عينة استطلاعية مؤلفة من 30 مبحوث من مجتمع الدراسة وليس من العينة، حيث تم التأكد من صدق بناء المقياس باستخدام معامل ارتباط التوافق Person Correlation بين درجة الفقرة الواحدة والدرجة الكلية للمقياس.

وفيما يلي عرض لنتائج معاملات ارتباط التوافق Person Correlation بين درجات كل فقرة والدرجة الكلية لابعاد مقياس جودة الحياة.

المجال الأول: البعد الشخصي

جدول (6)

معاملات الارتباط بين الفقرات والدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة في البعد الشخصي

رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط
1	0.406**	5	0.553**	9	0.576**	13	0.5221
2	0.544**	6	0.517**	10	0.542**	14	0.490*
3	0.576**	7	0.553**	11	0.449**	–	–
4	0.406**	8	0.600**	12	0.488**	–	-

يلاحظ من الجدول (6) بأن قيم معاملات الارتباط لفقرات مقياس جودة الحياة في المجال الشخصي مع درجة المقياس ككل تراوحت بين (0.401 – 0.671) وهي قيم داله إحصائيا عن مستوى دلالة إحصائية (0.01) مما يؤكد صدق البناء لمقياس جودة الحياة في المجال الشخصي.

المجال الثاني: المجال الأسري

جدول (7)

معاملات الارتباط بين الفقرات والدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة في البعد الأسري

رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط
15	0.438**	18	0.521**	21	0.555**	24	0.531**
16	0.573**	19	0.503**	22	0.543**	25	0.481**
17	0.601**	20	0.559**	23	0.490**	–	–

يلاحظ من الجدول (7) بأن قيم معاملات الارتباط لفقرات مقياس جودة الحياة في المجال الأسري مع درجة المقياس ككل تراوحت بين (0.438 – 0.601) وهي قيم داله إحصائيا عن مستوى دلالة إحصائية (0.01) مما يؤكد صدق البناء لمقياس جودة الحياة في البعد الأسري.

المجال الثالث: البعد الاجتماعي

جدول (8)

معاملات الارتباط بين الفقرات والدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة في البعد الاجتماعي

رقم الفقرة	**معامل الارتباط**	**رقم الفقرة**	**معامل الارتباط**	**رقم الفقرة**	**معامل الارتباط**	**رقم الفقرة**	**معامل الارتباط**
26	0.390**	**28**	0.5	**30**	0.545**	**32**	0.488**
27	0.538**	**29**	0.4	**31**	0.488**	–	–

يلاحظ من الجدول (8) بأن قيم معاملات الارتباط لفقرات مقياس جودة الحياة في البعد الاجتماعي مع درجة المقياس ككل تراوحت بين (0.390 – 0.545) وهي

قيم داله إحصائيا عن مستوى دلالة إحصائية (0.01) مما يؤكد صدق البناء لمقيـــاس جودة الحياة في البعد الاجتماعي.

ويلاحظ من النتائج السابقة بأن مقياسي الدراسة بصورتهما النهائية قد بلغ عدد فقراتها 57 فقرة، بعد إجراء اختبارات الصدق.

ثبات مقياس جودة الحياة لدى أسر ذوي الإعاقة

تم التحقق من ثبات مقياس جودة الحياة باستخدام طريقة تطبيق الاختبار وإعـــادة تطبيقه (Test R- Test)، وطريقة معامل كرنباخ الفا Cronbach Alpha، حيث قامت الباحثة باستخدام طريقة إعادة الاختبار وذلك بتطبيق المقياس بفاصل أســبوع بين التطبيق الأول والتطبيق الثاني على العينة الاستطلاعية، وبعد إجراء التطبيقين تم حساب معامل الارتباط بين الدرجة الكلية للمقياس في التطبيق الأول والتطبيق الثاني.

واستخدمت الباحثة أيضاً للتأكد من ثبات المقياس معامل ثبات كرونباخ ألفـــا، وكانت معاملات ثبات المقياس كما هو مبين في الجدول (9):

ثبات مقياس جودة الحياة:

الجدول (9)

قيم معاملات الثبات لمقياس جودة الحياة لدى أسر ذوي الإعاقة

الرقم	مجلات المقياس	عدد الفقرات	معامل ثبات كرونباخ الفا	طريقة الاختبار وإعادة الاختبار (Test R-
1	االبعد الشخصي	14	0.911	*0.661
2	البعد الأسري	11	0.867	*0.557
3	البعد الاجتماعي	7	0.831	*0.602
-	المقياس ككل	32	0.922	*0.638

يتضح من نتائج الجداول (9) أن قيم معامل الثبات لمقياس جودة الحياة للابعاد مجتمعة بطريقة الاختبار وإعادة الاختبار قد جاءت بدرجة مرتفعة، حيث بلغ معامـــل الارتباط للمقياس 0.638، وباستخدام معامل كرونباخ ألفا فبلغت 0.922، أما ابعاد المقياس (الشخصي، والأسري، والاجتماعي)، فتراوحت قيم الثبات بطريق الاختبار وإعادة الاختبار لها بين (0.557 – 0.661)، وباستخدام معامـــل كرونبـــاخ ألفـــا

فتراوحت بين (0.831-0.911) مما يؤكد تمتع مقياس جودة الحياة بكافة أبعـــادة بدرجة مرتفعة من الثبات، وتعد مناسبة لأغراض الدراسة الحالية.

وبناءاً على نتائج اختبارات الصدق والثبـــات، يمكـــن تطبيـــق أداة الدراســـة والوثوق من نتائجها.

تصحيح مقياس جودة الحياة لدى أسر ذوي الإعاقة

يتكون سلم الإجابة على فقرات مقياس جودة الحياة لدى أسر ذوي الإعاقة من خمس مستويات، حيث اعتمدت الدراسة تصحيح فقرات المقياس وفقا لتدريج ليكرت الخماسي (Likert) وحدد بخمس إجابات حسب أوزانها رقميا، وحسب مستوى الاستجابة على النحو التالي:

1 . (موافق بدرجة كبيرة) ويمثل (5 درجات).

2. (موافق بدرجة متوسطة) ويمثل (4 درجات).

3. (موافق بدرجة قليلة) ويمثل (3 درجات).

4. (غير موافق) ويمثل (درجتان).

5. (غير موافق بدرجة كبيرة) ويمثل (درجة واحدة).

مع العلم أنه تم معالجة جميع الفقرات في مقياس جودة الحياة لدى أسر ذوي الإعاقة لتتناسق مع تدرج واحد، وذلك بقلب تدرج الفقرات الايجابية إلى سلبية للحصول على الاتجاه العام السلبي لأسر ذوي الإعاقة نحو مقياس جودة الحياة

وتم تحويل الاتجاه العام لفقرات المقياس وللمجالات المقياس ككل إلى تدريج ثلاثي بناءً على التدرج حسب مقياس الوسط الحسابي، وذلك بتوزيعه حسب درجة الأهمية، بالاعتماد على المعادلة الآتية وهي معيار التصحيح.

(القيمة العليا للإجابة – القيمة الدنيا للإجابة) / عدد المستويات = (5-1) / 3 = 1.33

المستوى الأول: 1 + 1.33 = 2.33

المستوى الثاني: 2.34 – 3.67

المستوى الثالث: 3.68 – 5

وعليه تصبح التقديرات كالآتي:

أ. مستوى منخفض: اقل من أو يساوي (2.33).

ب. مستوى عام متوسط: اكبر من أو يساوي (2.34) إلى اقل من أو يساوي (3.67).

جـ. مستوى مرتفع: اكبر من أو تساوي (3.68).

وبذلك فإن قيم المتوسطات الحسابية نحو **مقياس جودة الحياة** التي توصلت إليها الدراسة سيتم التعامل معها لتفسير البيانات على النحو التالي:

مرتفع	متوسط	منخفض
(3.68 فما فوق)	(3.67−2.34)	(2.33 فأقل)

وبناء على ذلك فإذا كانت قيمة المتوسط الحسابي للفقرة أكثر من (3.68) فيكون المستوى السلبي مرتفعاً نحو مقياس جودة الحياة، أما إذا كانت قيمة المتوسط الحسابي (3.67−2.34) المستوى السلبي متوسط نحو مقياس جودة الحياة ، وإذا كان المتوسط الحسابي أقل من (2.33) فإن المستوى السلبي منخفض نحو مقياس جودة الحياة.

6.3 إجراءات الدراسة:

قامت الباحثة لتحقيق أهداف الدراسة بإجراء ما يلي:

1. الحصول على الموافقات اللازمة من الجهات الرسمية لتطبيق مقاييس الدراسة على مراكز تأهيل المعاقين في محافظة الكرك.
2. حصر مجتمع وعينة الدراسة وهو اسر ذوي الإعاقة(العقلية والتوحد، في محافظة الكرك، وذلك بالرجوع الى احصائية المجلس الاعلى لشوؤن الأشخاص المعوقين .
3. تطوير وبناء مقاييس الدراسة والتحقق من صدق وثبات أدوات الدراسة.
4. تطبيق مقاييس الدراسة على اسر ذوي الإعاقة، حيث تم تطبيق أداة الدراسة على جميع الأسر " مجتمع الدراسة"والذي بلغ عدده(168)،وبعد استرجاع أدوات الدراسة ومراجعتها، حيث تم استرداد(165)،وتم استبعاد

(5) استبانات من التحليل لعدم صلاحيتها للتحليا الاحصائي، وبذلك تكونت العينةالنهائية من (160) اسرة.

5. تفريغ البيانات على الحاسب الآلي باستخدام البرامج الإحصائية المناسبة.
6. تحليل البيانات وتفسيرها ووضع التوصيات.

7.3 أساليب المعالجة الإحصائية.

استخدمت الدراسة لتحليل البيانات الميدانية البرنامج الإحصائي للعلوم الاجتماعية SPSS v24 ، وذلك باستخدام أساليب الإحصاء الوصفي والتحليلي، والتي تضمنت:

(1)مقياس الإحصاء الوصفي (Descriptive Statistic Measures) وذلك لوصف خصائص عينة الدراسة، اعتماداً على التكرارات والنسب المئوية، ومن أجل الإجابة عن أسئلة الدراسة، ومعرفة الأهمية النسبية لفقرات مقاييس الدراسة باستخدام المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية.

(2)معامل الارتباط بيرسون لإجراء اختبار العلاقات الارتباطية بين متغيرات الدراسة.

(3)استخدام معامل كرنباخ ألفا Cronbach Alpha، لقياس ثبات محاور الدراسة.

(4)استخدام اختبار Z (الفشرية) لعينتين مستقلتين.

الفصل الرابع
عرض النتائج ومناقشتها والتوصيات

1.4 الإجابة عن أسئلة الدراسة

سيتم في هذا الجزء من الدراسة الإجابة عن أسئلة الدراسة وفقا لما أظهرته النتائج الإحصائية الوصفية والتحليلية التي توصلت لها الدراسة بعد تطبيق أدوات الدراسة على أفراد عينة الدراسة، وبالشكل الأتي:

أولاً: عرض النتائج المتعلقة بالسؤال الأول

نص هذا السؤال على: " ما اتجاهات أسر ذوي الإعاقة في محافظة الكرك نحو زواج أبناءهم ذوي الاعاقة ؟

للإجابة عن هذا السؤال تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والمستوى والترتيب لاتجاهات عينة الدراسة على فقرات مقياس اتجاهات أسر ذوي الإعاقة نحو زواج أبناءهم، علماً بأن المقياس قد تضمن (27) فقرة، مع العلم بأنه قد تم قلب الفقرات الإيجابية في المقياس إلى فقرات سلبية للحصول على الاتجاه السلبي للمقياس ككل. والجدول (10) يوضح هذه النتائج.

الجدول (10)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والمستوى والترتيب لاتجاهات الأسر ذوي الإعاقة نحو زواج أبناءهم

رقم الفقرة	الفقرات	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	المستوى
15	أرى ان زواج ابني/ابنتي ذوي الإعاقة حلم قد لا أتمكن من تحقيقه	4.65	0.43	1	مرتفع
17	أفضل ان يبقى ابني/ابنتي ذوي الإعاقة بلا زواج خوفا من المجهول.	4.46	0.81	2	مرتفع
21	أرى أن ابني/ابنتي ذوي الإعاقة لا يدرك مفهوم الزواج.	4.37	0.86	3	مرتفع
11	اشعر ان إعاقة ابني/ابنتي ذوي الإعاقة قللت من فرصته في الزواج.	4.33	0.83	4	مرتفع
12	أرى ان الإعاقة هي سبب عدم زواج ابني/ابنتي ذوي الاعاقة .	4.30	0.86	5	مرتفع
16	أرى أن ابني \ ابنتي ذوي الإعاقة سيواجه مشكلة في التوافق	4.30	0.76	6	مرتفع

رقم الفقرة	الفقرات	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	المستوى
	الزواجي				
5	يحزنني بقاء ابني/ابنتي ذوي الإعاقة وحيدا دون زواج	4.16	1.13	7	**مرتفع**
18	أخشى أن يتعرض ابني /ابنتي ذوي الإعاقة للعنف من شريك حياته.	4.15	0.87	8	**مرتفع**
20	اشعر أنني لن أجد الشريك المناسب لابني/ابنتي ذوي الاعاقة	4.15	0.94	9	**مرتفع**
22	أرى أن خوفي من فشل ابني/ابنتي ذوي الإعاقة في الزواج يمنعني من تزويجه.	4.12	0.94	10	**مرتفع**
27	أخشى أن اقوم بتزويج ابني /ابنتي ذوي الإعاقة بأحد يقوم باستغلاله	4.11	0.93	11	**مرتفع**
24	أرى ان ابني /ابنتي ذوي الإعاقة غير قادر على تحقيق متطلبات الحياة الزوجية.	4.10	0.96	12	**مرتفع**
25	اخشى أن يفشل ابني/ابنتي ذوي الإعاقة في العلاقة الزوجية	4.10	1.00	13	**مرتفع**
23	أفضل أن يتزوج ابني /ابنتي ذوي الإعاقة بمن يستطيع أن يقدم له المساعدة المناسبة	4.03	1.05	14	**مرتفع**
9	أمانع من زواج ابني/ابنتي ذوي الاعاقة من شخص آخر من ذوي الإعاقة	3.98	1.08	15	**مرتفع**
19	أرى ان زواج ابني/ابنتي ذوي الإعاقة يشكل امانا له بعد موتي	3.95	1.24	16	**مرتفع**
14	ابحث عن مبررات لعدم موافقتي على زواج ابني /ابنتي ذوي الإعاقة .	3.93	1.10	17	**مرتفع**
8	اشعر بالإحباط عندما يرفض الآخرون الزواج بابني/ ابنتي ذوي الإعاقة.	3.83	1.15	18	**مرتفع**
13	اشعر بالحرج من البحث عن شريك لابني /ابنتي ذوي الإعاقة .	3.53	1.13	19	**متوسط**
26	اخشي ان ينجب ابني/ابنتي ذوي الإعاقة أطفالا ذو إعاقة	3.21	1.26	20	**متوسط**
6	أجد صعوبة في تقبل فكرة زواج ابني/ابنتي ذوي الإعاقة	3.18	1.32	21	**متوسط**
7	انزعج من إصرار ابني /ابنتي ذوي الإعاقة على الزواج	2.97	1.39	22	**متوسط**
3	أتمنى أن أرى ابني/ابنتي زوجا /زوجة سعيداً	2.80	1.18	23	**متوسط**
10	أعمل على تهيئة ابني /ابنتي ذوي الإعاقة للزواج أسوة بغيرة من الأشخاص غير المعوقين	2.37	1.23	24	**متوسط**
2	ارى ان ابني/ابنتي ذوي الإعاقة قادر على أن يكون أسرة	2.32	1.25	25	**منخفض**
1	أسعى إلى تزويج ابني/ابنتي ذوي الإعاقة	2.19	1.17	26	**منخفض**
4	يستطيع ابني/ابنتي ذوي الإعاقة تحمل مسؤولية الزواج	2.18	1.24	27	**منخفض**
-	**الاتجاه العام لأسر ذوي الإعاقة في محافظة الكرك نحو زواج أبناءهم المعاقين**	3.94	0.445	-	**مرتفع**

يتضح من خلال النتائج في الجدول (10) أن الاتجاه العام سلبي لأسر ذوي الإعاقة في محافظة الكرك نحو زواج أبناءهم ذوي الاعاقة كان بدرجة مرتفعة، حيث بلغ المتوسط العام لهذا الاتجاه (3.94) بانحراف معياري (0.445

أما على مستوى الفقرات فقد تراوحت بين المستوى المرتفع والمستوى المنخفض، وقد حصلت 18 فقرة على اتجاهات سلبية مرتفعة وهي ذوات الأرقام (15، 17، 21، 11، 12، 16، 5، 18، 20، 22، 27، 24، 25، 23، 9، 19، 14، 8) على الترتيب حسب مستوى الاتجاه السلبي لأسر ذوي الإعاقة في محافظة الكرك نحو زواج أبناءهم، وتراوحت أوساطها الحسابية بين (4.65-3.83).

أما الفقرات التي حصلت على اتجاهات سلبية متوسطة فبلغت 6 فقرات وهي ذوات الأرقام (13، 26، 6، 7، 3، 10) على الترتيب وتراوحت أوساطها الحسابية بين (3.53-2.37)، أما الفقرات التي حصلت على اتجاهات سلبية منخفضة فبلغت 3 فقرات وهي ذوات الأرقام (2، 1، 4) على الترتيب وتراوحت أوساطها الحسابية بين (2.32-2.18)، ومن الملاحظ أن اتجاهات الأسر نحو زواج أبناءهم ذوي الاعاقة قد تباينت نحو فقرات المقياس بدرجة كبيرة حيث جاءت التقديرات السلبية المرتفعة والمتوسطة والمنخفضة متباينة وتركزت على التقديرات السلبية المرتفعة. ويظهر من الجدول (10) بأن الانحرافات المعيارية لتقديرات الأسر عينة الدراسة على الفقرات قد تراوحت بين (0.43 - 1.39) ويعد هذا المقياس مؤشر لدرجة صدق ومعنوية فقرات باعتبارها بيانات متجانسة نوعاً ما.

مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الأول:

تشير النتائج إلى ارتفاع مستوى الاتجاهات السلبية لأسر ذوي الإعاقة نحو زواج أبناءهم ذوي الاعاقة مما يعكس عدم موافقتهم الكبيرة على زواج أبناءهم ذوي الاعاقة، ويمكن تفسير هذه النتائج بناءً على النظرة المجتمعية المتوارثة التي تبنى على الشفقة وانتقاص قدرتهم على تحمل مسؤليات الزواج ، كما يمكن ان تعزى هذه النتيجة عدم ثقة الاسر بقدرة أبناءهم ذوي الاعاقة على الزواج وتحمل المسؤوليات الأسرية على جميع الاصعدة. وعلى عدم استطاعت ابناءهم ذوي الاعاقة على تحقيق متطلبات وشروط الزواج ،(الكفاءة الذاتية ، التواصل الاجتماعي، الاستطاعة

الجسدية)،كذلك يمكن ان ترجع هذه النتيجة الى عدم ثقة الاسرة بمدى قدرة المجتمع المحيط على تقبل واستيعاب ذوي الاعاقة بشكل عام، وحالات التوحد والاعاقة العقلية بشكل خاص ،مما يؤدي الى خوف الاسرة على ابـنهم ذوي الاعاقـة مـن بعـض ممارسات الاستغلال والاستهزاء ، والتقليل من شأنهم، فكيف يكون الامر تزويجهم. وقد جاءت هذه النتيجة مختلفة عما أشارت اليـه دراسـة (البطاينـة،2011) التـي أظهرت نتائجها إلى أن المستوى العام لتقديرات اتجاهات الوالـدين نحـو أطفـالهم التوحديين هو مستوى (تقدير ايجابي)، وقد كانت اراء بعض المعارضين الى فكـرة الزواج بدعوى ان الزواج مسؤلية كبيرة وليس مجرد اشباع رغبات ، وانه يلزمهـا العقلانية .

ويتضح أن اتجاهات الأسر نحو زواج أبناءهم ذوي الاعاقةلا تظهـر بهـذا المستوى إلا إذا توفر قناعة بعدم قدرة أبناءهم ذوي الاعاقة على الزواج، ويظهر ذلك من خلال اتجاهاتهم السلبية المرتفعة التي تؤكد على عدم قدرتهم على الزواج كما في الفقرة رقم (15) والتي تنص على "أرى ان زواج ابني/ابنتي ذوي الإعاقة حلم قد لا أتمكن من تحقيقه الفقرة رقم (24) والتي تنص علـى "أرى أن ابنـي /ابنتـي ذوي الإعاقة غير قادر على تحقيق متطلبات الحياة الزوجية" ، والفقرة رقم (11)والتـي تنص على "اشعر ان إعاقة ابني/ابنتي ذوي الإعاقة قللت من فرصته فـي الـزواج" والفقرة رقم(25)والتي تنص على " اخشى أن يفشل ابني/ابنتي ذوي الإعاقة فـي العلاقة الزوجية"، والفقرة رقم(23)والتي تنص على " أفضل ان يبقى ابني/ابنتـي ذوي الإعاقة بلا زواج خوفا من المجهول" والفقرة رقم(18)والتي تنص على " أرى أن ابني/ابنتي ذوي الإعاقة لا يدرك مفهوم الزواج". والفقرة رقم(27)والتي تـنص على " أخشى أن اقوم بتزويج ابني /ابنتي ذوي الإعاقة بأحد يقوم باستغلاله "

ويلاحظ من النتائج على مستوى الفقرات أن أسر ذوي الاعاقة تحمـل أمـال وأمنيات متوسطة وقليلة لزواج أبناءهم ذوي الاعاقةحيث يظهر ذلك في الفقرة رقـم(3) والتي تنص على "أتمنى أن أرى ابني/ابنتي زوجا /زوجة سعيداً" ، والفقرة رقم(1) والتي تنص على " أسعى إلى تزويج ابني/ابنتي ذوي الإعاقة"، والفقرة رقم(2) والتي تنص على " ارى ان ابني/ابنتي ذوي الإعاقة قادر على أن يكـون أسـرة "

والفقرة رقم(10)والتي تنص على "أعمل على تهيئة ابنـــي /ابنتـــي ذوي الإعاقـــة للزواج أسوة بغيرة من الأشخاص غير المعوقين " ، والفقرة رقم(6) والتي تـــنص على " أجد صعوبة في تقبل فكرة زواج ابني/ابنتي ذوي الإعاقة " والفقرة رقم(4) والتي جاءت في الترتيب الأخير والتي تنص على " يستطيع ابني/ابنتي ذوي الإعاقة تحمل مسؤولية الزواج".

النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني:

ونص هذا السؤال على: " ما مستوى جودة الحياة لدى اسر ذوي الاعاقة في محافظة الكرك؟

للإجابة عن هذا السؤال تم إيجاد المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والمستوى لاتجاهات عينة الدراسة على مجالات مقياس جودة الحياة " والتي تضمنت البعد الشخصي، والبعد الأسري، والبعد الاجتماعي، والجدول (11) يوضح الاتجـــاه العام، ومستوى أبعاد جودة الحياة حسب الدرجة الكلية لكل مجال، ثم لفقـــرات كـــل مجال.

مع العلم بأنه قد تم قلب الفقرات الإيجابية في المقياس إلـــى فقـــرات ســـلبية للحصول على الاتجاه السلبي لمجالات المقياس وللمقياس ككل.

الجدول (11)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والمستوى والترتيب لاتجاهات عينة الدراسة على مجالات مقياس جودة الحياة

رقم البعد	المجالات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	المستوى
1	البعد الشخصي	2.25	0.55	2	منخفض
2	البعد الأسري	2.35	0.31	1	متوسط
3	البعد الاجتماعي	1.88	0.52	3	منخفض
–	المقياس ككل	2.15	0.56	–	**منخفض**

يتضح من الجدول (11) أن المستوى العام للاتجاهات سلبية لعينة الدراسة على مجالات مقياس جودة الحياة " والتـــي تضـــمنت البعـــد الشخصـــي والأســـري والاجتماعي قد جاءت بمستوى منخفض، حيث بلغ المتوسط الحسابي العام للاتجاهات السلبية(2.15)بانحراف معياري(0.56)، وجاءت مجالات المقيـــاس بمســـتويات

متوسطة ومنخفضة، وأظهرت النتائج أن الاتجاهات السلبية نحو البعد الأسري كأحد مجالات مقياس جودة الحياة لدى اسر ذويذوي الاعاقة قد جاءت في الترتيب الأول من حيث الأهمية النسبية حيث بلغ الوسط الحسابي لهذا البعد (2.35) ،تلاه في الترتيب الثاني البعد الشخصي بوسط حسابي(2.25) ، وفي الترتيب الثالث البعد الاجتماعي بوسط حسابي (1.88)وبمستوى منخفض. مما يشير إلى تمتع أسر ذوي الاعاقة بمستوى مرتفع من جودة الحياة في جميع الابعاد.

وفيما يلي عرض لنتائج الاتجاهات السلبية لعينة الدراسة على فقرات ابعاد مقياس جودة الحياة وعلى النحو التالي :

1- البعد الشخصي

للتعرف على مستوى الاتجاهات السلبية لعينة الدراسة على فقرات البعد الشخصي كأحد ابعاد مقياس جودة الحياة تم إيجاد المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والمستوى للاتجاهات على فقرات البعد، والذي تضمن على (14) فقرة. والجدول (12) يوضح هذه النتائج.

الجدول (12)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والمستوى والترتيب لاتجاهات عينة الدراسة على فقرات البعد الشخصي كأحد أبعاد مقياس جودة الحياة

رقم الفقرة	الفقرات	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	المستوى
7	اشعر بالخوف من المجهول	4.10	1.08	1	مرتفع
12	اشعر بالعجز تجاه مسؤولياتي نحو ابني ابنتي ذوي الإعاقة	3.44	0.98	2	متوسط
1	اشعر بالملل والرتابة في حياتي	2.67	1.10	3	متوسط
4	اشعر أنني وحيد في هذا العالم	2.55	1.08	4	متوسط
13	اشعر بأني فقدت الاهتمام بكل شيء من حولي	2.49	0.98	5	متوسط
6	أتناول المنبهات بكثرة	2.48	1.07	6	متوسط
11	أتناول أدوية لتساعدني على النوم	2.06	1.25	7	منخفض
9	اشعر بالرضا عما أحققه مع ابني \ ابنتي ذوي الإعاقة	2.03	0.66	8	منخفض
10	اشعر أن لدي أمل في الحياة	1.75	1.02	9	منخفض
5	أتمتع بروح معنوية مرتفعة	1.68	1.01	10	منخفض
3	أنام بصورة جيدة	1.66	0.93	11	منخفض
8	اشعر أن لدي القدرة في اتخاذ القرارات	1.61	0.92	12	منخفض
14	اشعر بثقتي بنفسي	1.59	0.99	13	منخفض
2	أواجه مشكلات حياتي بإرادة قوية	1.47	0.68	14	منخفض
-	**المستوى العام للبعد الشخصي**	2.25	0.55	-	مرتفع

من خلال النتائج المبينة في الجدول (12) يتضح أن المستوى الكلي للاتجاهات السلبية لعينة الدراسة لفقرات البعد الشخصي كأحد أبعاد مقياس جودة الحياة لدى اسر ذوي الاعاقة في محافظة الكرك قد جاء مرتفعاً، وقد بلغ المتوسط الحسابي للاتجاهات السلبية (2.25)بانحراف معياري(0.55)، أما على مستوى الفقرات فقد حصلت فقرة واحدة على اتجاهات سلبية مرتفعة وهي الفقرة رقم(7)بوسط حسابي(4.10)، وقد حققت (5)فقرات على اتجاهات سلبية متوسطة وتراوحت أوساطها الحسابية بين (3.44-2.48) وهي ذوات الأرقام (12، 1، 4، 13، 6) على الترتيب، بينما حققت باقي الفقرات وعددها(8)فقرات على اتجاهات سلبية منخفضة وتراوحت أوساطها الحسابية بين (2.06-1.47) وهي ذوات الأرقام (11، 9، 10، 5، 3، 8، 14، 2) على الترتيب، ومن الملاحظ أن معظم الفقرات حصلت على اتجاهات سلبية متوسطة ومنخفضة، مما يشير إلى تمتع أسر ذوي المعاقين بمستوى مرتفع من جودة الحياة في البعد الشخصي. ويظهر من الجدول (13) بأن الانحرافات المعيارية لتقديرات عينة الدراسة على فقرات هذا البعد قد تراوحت بين (1.25 - 0.66) مما يشير إلى التقارب في اتجاهات عينة الدراسة نحو فقرات هذا المجال.

2-البعد الأسري

للتعرف على مستوى الاتجاهات السلبية لعينة الدراسة على فقرات البعد الأسري كأحد أبعاد مقياس جودة الحياة تم إيجاد المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والمستوى للاتجاهات على فقرات البعد، والذي تضمن على (11) فقرة. والجدول (13) يوضح هذه النتائج.

الجدول (13)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والمستوى والترتيب لاتجاهات عينة الدراسة على فقرات البعد الأسري كأحد أبعاد مقياس جودة الحياة

رقم الفقرة	الفقرات	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	المستوى
18	اشعر بالخوف على ابني \ابنتي ذوي الإعاقة كلما تقدم بي العمر	4.56	0.57	1	مرتفع
15	اشعر بالأسى عندما أتذكر مستقبل ابني \ ابنتي ذوي الإعاقة	4.48	0.90	2	مرتفع
22	أجد صعوبة في جعل أبنائي يتقبلون شقيقهم اشقيقتهم ذو الإعاقة	2.69	1.07	3	متوسط
20	استمتع بالوقت الذي اقضية مع ابني / ابنتي ذوي الإعاقة	2.34	0.75	4	متوسط
17	استمتع بوجودي في البيت مع ابني \ ابنتي ذوي الإعاقة	2.31	0.80	5	منخفض
23	أثق بان أبنائي يعتنون بأخيهم \ أختهم ذوي الإعاقة أثناء غيابي	1.96	0.85	6	منخفض
19	أقوم بدوري نحو ابني \ ابنتي ذوي الاعاقة	1.69	0.71	7	منخفض
16	أشعر بالرضا عن علاقات أفراد أسرتي مع بعضهم البعض	1.44	0.71	8	منخفض
24	أوافق أسرتي على أسلوبها في حل المشكلات	1.43	0.81	9	منخفض
25	أشارك أسرتي باتخاذ القرارات	1.38	0.70	**10**	منخفض
21	احرص على تلبية حاجات أسرتي	1.27	0.61	**11**	منخفض
-	**المستوى العام للمجال الأسري**	2.35	0.31		متوسط

من خلال النتائج المبينة في الجدول (13) يتضح أن المستوى الكلي للاتجاهات السلبية لعينة الدراسة لفقرات البعد الأسري كأحد أبعاد مقياس جودة الحياة لدى اسر المعاقين في محافظة الكرك قد جاء متوسطاً، وقد بلغ المتوسط الحسابي للاتجاهات السلبية(2.35)بانحراف معياري (0.31)، أما على مستوى الفقرات فقد حصلت فقرتان على اتجاهات سلبية مرتفعة وهي الفقرات (18 و 15) بأوساط حسابية (4.56)، و (4.48) على الترتيب، وقد حققت أيضاً فقرتان على اتجاهات سلبية متوسطة وهي الفقرات رقم(22 و 20) بأوساط حسابية (2.69)، و (2.34) على الترتيب، بينما حققت باقي الفقرات وعددها (7)فقرات على اتجاهات سلبية منخفضة وتراوحت أوساطها الحسابية بين (1.27-2.31) وهي

ذوات الأرقام (17، 23، 19، 16، 24، 25، 21) على الترتيب، ومن الملاحظ أن معظم الفقرات حصلت على اتجاهات سلبية منخفضة، مما يشير إلى تمتع أسر ذوي المعاقين بمستوى مرتفع من جودة الحياة في المجال الأسري. ويظهر من الجدول (14) بأن الانحرافات المعيارية لتقديرات عينة الدراسة على فقرات هذا البعد قد تراوحت بين (1.07 - 0.57) مما يشير إلى التقارب في اتجاهات عينة الدراسة نحو فقرات هذا البعد.

3- البعد الاجتماعي

للتعرف على مستوى الاتجاهات السلبية لعينة الدراسة على فقرات البعد الاجتماعي كأحد مجالات مقياس جودة الحياة تم إيجاد المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والمستوى للاتجاهات على فقرات المجال، والذي تضمن على (7) فقرات. والجدول (14) يوضح هذه النتائج.

الجدول (14)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والمستوى والترتيب لاتجاهات عينة الدراسة على فقرات البعد الاجتماعي كأحد ابعاد مقياس جودة الحياة

رقم الفقرة	الفقرات	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	المستوى
32	أجد صعوبة في المشاركة في المناسبات الاجتماعية	2.88	1.10	1	متوسط
26	أتقبل أراء الآخرين ولا أتعصب لرأي دون آخر	1.98	0.77	2	منخفض
28	احترم آراء الآخرين حتى لو كانت ضد أفكاري	1.94	0.73	3	منخفض
27	احصل على دعم ممن حولي	1.93	0.80	4	منخفض
29	احتفظ بأصدقاء مساندون	1.61	0.85	5	منخفض
31	اشعر أن لدي القدرة على التواصل مع الآخرين	1.48	0.85	6	منخفض
30	أحظى باحترام من حولي	1.36	0.82	7	منخفض
-	**المستوى العام للبعد الاجتماعي**	1.88	0.52		منخفض

من خلال النتائج المبينة في الجدول (14) يتضح أن المستوى الكلي للاتجاهات السلبية لعينة الدراسة لفقرات البعد الاحتماعي كأحد أبعاد مقياس جودة الحياة لدى اسر ذوي الاعاقة في محافظة الكرك قد جاء منخفضاً، وقد بلغ المتوسط

الحسابي للاتجاهات السلبية(1.88)بانحراف معياري(0.52)، أما على مستوى الفقرات فقد حصلت فقرة واحدة على اتجاهات سلبية متوسطة وهي الفقرة رقم (32) بوسط حسابي (2.88)، بينما حققت باقي الفقرات وعددها (6) فقرات على اتجاهات سلبية منخفضة وتراوحت أوساطها الحسابية بين (1.98–1.36) وهي ذوات الأرقام (26، 28، 27، 29، 31، 30) على الترتيب، ومن الملاحظ أن معظم الفقرات حصلت على اتجاهات سلبية منخفضة، مما يشير إلى تمتع أسر ذوي ذوي الاعاقة بمستوى مرتفع من جودة الحياة في البعد الاجتماعي. ويظهر من الجدول (15) بأن الانحرافات المعيارية لتقديرات عينة الدراسة على فقرات هذا البعد قد تراوحت بين (1.10 - 0.73) مما يشير إلى التقارب في اتجاهات عينة الدراسة نحو فقرات هذا المجال.

مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني:

تشير النتائج إلى أن أسر عينة الدراسة من أسر ذوي الاعاقة يتمتعون بمستوى مرتفع لجودة الحياة، وهي بغالب الأحيان تكون ذات تأثير إيجابي على شخصية الأسر وعلى اباءهم ذوي الاعاقة ، بحيث تمكنهم من مواجهة مصاعب الحياة بطرق ومهارات فعالة تتناسب مع المواقف الضاغطة التي يتعرضون لها في حياتهم، وتتضمن هذه المهارات تعامل هذه الأسر بإيجابية مع الظروف الشخصية والأسرية والاجتماعية التي قد تواجههم بسب وجود ابن \ ابنه ذوي الاعاقة. ومن الملاحظ أن هذه الاتجاهات لجودة الحياة لا تظهر بهذه المستويات المرتفعة إلا اذا توفرت عناصر البيئة الأسرية الداعمةو المشجعة لها، فمثلاً البعد الأسري الذي تصدر مجالات جودة الحياة ارتفاعا عند الأسر يمكن ان تعزى أسباب ارتفاعه الى الاتجاهات الايجابية في البيئة التي تعيش فيها أسر ذوي الاعاقة فهي مليئة بأجواء التعاون بين افراد الاسرة، كما يسودها الثقة المتبادلة، والحرص على أن يعيش أفراد الأسرة حياة سعيدة بالرغم مما يعانوه من مشاكل مع ابنهم ذوي الاعاقة، كشعورهم بالخوف على أبناءهم ذوي الإعاقة كلما تقدم بهم العمر، أوشعورهم بالأسى عندما يتذكرون مستقبل أبناءهم ذوي الإعاقة، ويمكن ان تعزى هذه النتيجة الى قدرة الاسرة الى التعامل مع المشكلات التي يواجهونها بشكل جماعي ، مما يعكس روح التعاون

لديهم ، وكذلك قدرتهم المرتفعه على تحمل المسوؤليات الملاقاة علـــى عـــاتقهم ، لا سيما مسوؤليات المتعلقة بوجود شخص ذوي إعاقة ، كما يمكـــن ان تعـــزى هـــذه النتيجة الىقدرة الاسرة على تقبل شخص ذوي إعاقة فيهامما يؤدي الى شعور الاسرة بالرضا ، وكذلك يمكن ان تعزى هذه النتيجة ايضا الى ما تتلقاة الاسرة مـــن دعـــم واحترام من المحيطين بها (اصدقاء وأقارب).

ومن خلال ما سبق ذكره يمكن القول بأن التأثيرات الإيجابيـــة لجـــودة الحيـــاة بأبعادها الثلاثة على اسر ذوي الاعاقة هي تأثيرات واضحة والتي قد تنعكس إيجابياً على النواحي الشخصية والأسرية والاجتماعية والإنمائية لأفراد أسر ذوي الاعاقة .

وتلتقي النتائج الحالية مع نتائج العديد من الدراسات، كمـــا أنهـــا تختلـــف نتائجها مع بعضها، فقد اتفقت مع نتائج دراسة (البطاينة ,2011) حيث أنها أشـــارت النتائج إلى أن المستوى العام لتقديرات اتجاهات الوالدين نحو أطفالهم التوحديين هـــو مستوى (تقدير ايجابي). ، وكما انها إتفقت مع نتائج(**طبال 2015**) حيـــث أشـــارت نتائجها إلى أن هناك مستوى متوسط من جودة الحياة لدى أسر الأطفـــال المعاقســـن ذهنياً، وأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في هذا المستوى مـــن الجـــودة بـــين الآباء والأمهات، ، بينما اختلف هذه النتائج مع دراســـة (**خلـــف الله,2015**) التـــي أظهرت نتائجها إلى أن السمة العامة لجودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين عقليـــاً بمراكز التربية الخاصة بمحلية الخرطوم تتسم بالسلبية.

عرض النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث:

هل توجد علاقة بين مستوى اتجاهات أسر ذوي الإعاقة نحو زواج أبنـــاءهم ذوي الاعاقة ومستوى جودة الحياة لديهم ؟

للإجابة عن هذا السؤال، تم حساب معاملات الارتباط بـــين المتغيـــرات فـــي الجدول (15).

الجدول (15)

العلاقة بين مستوى اتجاهات أسر ذوي الإعاقة نحو زواج أبناءهم ذوي الاعاقة ومستوى جودة الحياة لديهم

المتغيرات	الإحصائي	مجالات مقياس جودة الحياة		
		المجال الشخصي	المجال الأسري	المجال الاجتماعي
اتجاهات أسر ذوي الإعاقة نحو زواج أبناءهم	معامل الارتباط (r)	*-0.29	*-0.30	*-0.39
	الدلالة الإحصائية (sig)	0.00	0.00	0.00

يتضح من النتائج الواردة في الجدول (15) ما يلي:

1. وجود علاقة عكسية بين مستوى الاتجاهات السلبية لأسر ذوي الإعاقة نحو زواج أبناءهم المعاقين ومستوى جودة الحياة لديهم في البعد الشخصي حيث بلغت قيمة معامل الارتباط (0.29−)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05). مما يعني أن الاتجاهات السلبية المرتفعة لأسر ذوي الإعاقة نحو زواج أبناءهم ذوي الاعاقة ترتبط بشكل ايجابي مع ارتفاع مستوى جودة الحياة في البعد الشخصي لدى أسر ذوي الاعاقة ، بمعنى أن زواج ذوي الاعاقة في الأسرة سوف ينعكس بشكل سلبي على مستوى جودة الحياة لدى أسرذوي الاعاقة في البعد الشخصي من وجهة نظر عينة الدراسة.

2. وجود علاقة عكسية بين مستوى الاتجاهات السلبية لأسر ذوي الإعاقة نحو زواج أبناءهم ذوي الاعاقة ومستوى جودة الحياة لديهم في البعد الأسري حيث بلغت قيمة معامل الارتباط (0.30−)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05). مما يعني أن الاتجاهات السلبية المرتفعة لأسر ذوي الإعاقة نحو زواج أبناءهم ذوي الاعاقة ترتبط بشكل ايجابي مع ارتفاع مستوى جودة الحياة في البعد الأسري لدى أسر البعد، بمعنى أن زواج المعاقين في الأسرة سوف ينعكس بشكل سلبي على مستوى جودة الحياة لدى أسرذوي الاعاقة في المجال الأسري من وجهة نظر عينة الدراسة.

3. وجود علاقة عكسية بين مستوى الاتجاهات السلبية لأسر ذوي الإعاقة نحو زواج أبناءهم ذوي الاعاقة ومستوى جودة الحياة لديهم فيالبعد الاجتماعي حيث بلغت قيمة معامل الارتباط (0.39−)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05). مما يعني أن الاتجاهات السلبية المرتفعة لأسر ذوي الإعاقة نحو زواج أبناءهم ذوي الاعاقة ترتبط بشكل ايجابي مع ارتفاع مستوى جودة الحياة في البعدالاجتماعي لدى أسرذوي الاعاقة، بمعنى أن زواج ذوي الاعاقة في الأسرة سوف ينعكس بشكل سلبي على مستوى جودة الحياة لدى أسر ذوي الاعاقة في البعد الاجتماعي من وجهة نظر عينة الدراسة.

مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث :

يتضح من هذه النتائج أن جودة الحياة لدى أسر ذوي الاعاقة يرتبط بصورة سلبية مع اتجاهاتهم نحو زواج أبناءهم، وقد تعزى هذه النتيجة إلى أن أسر ذوي الاعاقة يمانعون زواج أبناءهم ذوي الاعاقة لأسباب متعددة، منها ما هو متعلق بالأبناء ذوي الاعاقة أنفسهم من حيث عدم قدرتهم على تحمل مسؤوليات الزواج، أو منها ما هو متعلق بأسر ذوي الاعاقة من حيث خوفهم من المشاكل والتبعات التي سوف تواجههم بعد زواج أبناءهم ذوي الاعاقة، فأصبح لدى الاسرة قناعة بأن المشكلات و الصعوبات التي سيواجهها ابنهم \ ابنتهم ذوي الاعاقة من مثل انجاب اطفال ذوي اعاقة ، وتحمل مسوؤلية شخص جديد في الاسرة (شريك الابن ذوي الاعاقة) ، مما كون لدى الاسرة نوع من الرضا والتقبل لواقع إعاقة ابنهم \ ابنتهم ، وتعايش مع خاصة اذا كانت الاسرة على درجة من الوعي .

ويستنتج من النتائج أن التحديات والصعوبات التي تواجه اسر ذوي الاعاقة في قضية زواج أبناءهم ذوي الاعاقة تسهم في رفع مستوى جودة الحياة لديهم.

و اختلفت هذه النتائج مع دراسة (جميل ،2001) التي أظهرت نتائجها وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الآباء والأمهات نحو زواج أبنائهم المعاقين عقلياً في بعد قدرة الابن المعاق على الزواج، وكانت هذه الفروق تميل لصالح الأمهات اللواتي يرين أن أبنائهم لهم القدرة على الزواج في حين أن الآباء لا يرون ذلك.

عرض النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع :

هل تختلف العلاقة بين مستوى اتجاهات أسر ذوي الإعاقة نحو زواج أبناءهم ذوي الاعاقة ومستوى جودة الحياة لديهم باختلاف متغيرات (النوع الاجتماعي للمعاق في الأسرة، ونوع الإعاقة) ؟

1. الاختلاف حسب متغير النوع الاجتماعي:

للكشف عن الاختلاف في العلاقة تم إيجاد العلاقة الارتباطية بين مستوى اتجاهات أسر ذوي الإعاقة نحو زواج أبناءهم ذوي الاعاقة من جهة، ومستوى جودة الحياة لأسر ذوي الاعاقة من جهة أخرى باختلاف النوع الاجتماعي للمعاق في الأسرة، وقد تم إجراء اختبار (Z) الفشرية للفرق بين معاملات الارتباط في الجدول (16):

جدول (16)

نتائج اختبار (Z) الفشرية لاختبار معنوية الاختلاف بين معاملات الارتباط بين مستوى اتجاهات أسر ذوي الإعاقة نحو زواج أبناءهم ذوي الاعاقة ومستوى جودة الحياة لديهم باختلاف النوع الاجتماعي للمعاق في الأسرة

النوع الاجتماعي		أبعاد مقياس جودة الحياة: المجال الشخصي	المجال الأسري	المجال الاجتماعي
ذكور (ن=104)	معامل الارتباط (r)	-0.25	-0.26	-0.40
إناث (ن=56)	معامل الارتباط (r)	-0.31	-0.35	-0.31
قيمة (Z) الفشرية		0.38	0.59	−0.61
الدلالة الإحصائية sig		0.35	0.27	0.27

يتضح من النتائج الواردة في الجدول (16) ما يلي:

1. لا يوجد اختلاف دال إحصائيا عند مستوى دلالة (0.05) في العلاقة الارتباطية بين مستوى اتجاهات أسر ذوي الإعاقة نحو زواج أبناءهم المعاقين من جهة، ومستوى جودة الحياة لأسر ذوي الاعاقة من جهة أخرى في البعد الشخصي باختلاف النوع الاجتماعي للمعاق في الأسرة، حيث بلغت قيمة (Z) الفشرية (0.38)، وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05).

2. لايوجد اختلاف داله إحصائيا عند مستوى دلالة (0.05) في العلاقة الارتباطية بين مستوى اتجاهات أسر ذوي الإعاقة نحو زواج أبناءهم ذوي الاعاقة من جهة، ومستوى جودة الحياة لأسر ذوي الاعاقة من جهة أخرى في المجال الأسري باختلاف النوع الاجتماعي للمعاق في الأسرة، حيث بلغت قيمة (Z) الفشرية (0.59)، وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05).

3. لايوجد اختلاف داله إحصائيا عند مستوى دلالة (0.05) في العلاقة الارتباطية بين مستوى اتجاهات أسر ذوي الإعاقة نحو زواج أبناءهم ذوي الاعاقة من جهة، ومستوى جودة الحياة لأسر ذوي الاعاقة من جهة أخرى في المجال الاجتماعي باختلاف النوع الاجتماعي للمعاق في الأسرة، حيث بلغت قيمة (Z) الفشرية (0.61)، وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05).

ويمكن أن تعزى هذه النتيجة إلى خوف اسر ذوي الاعاقة على اطفالهم من الزواج وقلقهم من المشكلات والتحديات التي سيواجهها طفلهم من استغلال او تعرضهم للعنف من الشريك وانه لن يكون هناك فرق في هذه المشكلات والتحديات باختلاف النوع الاجتماعي ، كما ان الخدمات التي يتلاقاها ذوي الاعاقة (العقلي والتوحد)لا تختلف باختلاف النوع الاجتماعي .

4. الاختلاف حسب متغير نوع الإعاقة

للكشف عن الاختلاف في العلاقة تم إيجاد العلاقة الارتباطية بين مستوى اتجاهات أسر ذوي الإعاقة نحو زواج أبناءهم ذوي الاعاقة من جهة، ومستوى جودة الحياة لأسر ذوي الاعاقة من جهة أخرى باختلاف نوع الإعاقة للمعاق في الأسرة ، وقد تم إجراء اختبار (Z) الفشرية للفرق بين معاملات الارتباط في الجدول (17):

جدول (17)

نتائج اختبار (Z) الفشرية لاختبار معنوية الاختلاف بين معاملات الارتباط بين مستوى اتجاهات أسر ذوي الإعاقة نحو زواج أبناءهم ذوي الاعاقة ومستوى جودة الحياة لديهم باختلاف نوع الإعاقة للمعاق في الأسرة

نوع الإعاقة للمعاق في الأسرة		أبعاد مقياس جودة الحياة المجال الشخصي	المجال الأسري	المجال الاجتماعي
إعاقة عقلية (ن=107)	معامل الارتباط (r)	-0.23	-0.34	-0.35
توحد (ن=53)	معامل الارتباط (r)	-0.37	-0.22	-0.42
قيمة (Z) الفشرية		0.90	−0.76	0.48
الدلالة الإحصائية sig		0.18	0.22	0.31

يتضح من النتائج الواردة في الجدول (17) ما يلي:

1. لا يوجد اختلاف دال إحصائيا عند مستوى دلالة (0.05) في العلاقة الارتباطية بين مستوى اتجاهات أسر ذوي الإعاقة نحو زواج أبناءهم ذوي الاعاقة من جهة، ومستوى جودة الحياة لأسر ذوي الاعاقة من جهة أخرى فيالبعد الشخصي باختلاف نوع الإعاقة للمعاق في الأسرة ، حيث بلغت قيمة (Z) الفشرية (0.90)، وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05).
2. لا يوجد اختلاف دال إحصائيا عند مستوى دلالة (0.05) في العلاقة الارتباطية بين مستوى اتجاهات أسر ذوي الإعاقة نحو زواج أبناءهم ذوي الاعاقة من جهة، ومستوى جودة الحياة لأسر ذوي الاعاقة من جهة أخرى في المجال الأسري باختلاف نوع الإعاقة للمعاق في الأسرة، حيث بلغت قيمة (Z) الفشرية (0.76−)، وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05).
3. لا يوجد اختلاف دال إحصائيا عند مستوى دلالة (0.05) في العلاقة الارتباطية بين مستوى اتجاهات أسر ذوي الإعاقة نحو زواج أبناءهم ذوي الاعاقة من جهة، ومستوى جودة الحياة لأسر ذوي الاعاقة من جهة أخرى

في البعد الاجتماعي باختلاف نوع الإعاقة للمعاق في الأسرة ، حيث بلغت قيمة (Z) الفشرية (0.48)، وهي قيمة غير دالة إحصائياً عنـــد مســـتوى دلالة (0.05).

وقد تعزى هذه النتيجة الى ان النظرة التي يحملها المجتمع عن ذوي الاعاقة (العقلية والتوحد) ، هي ذاتها ، حيث انهم ينظـــرون الـــى ذوي الاعاقـــة(العقليـــة والتوحد)على أنهم غير قادرين على القيام بأي واجبات أو مسوؤليات نحو الزواج.

كما ان الأسر لا يتعرضون لبرامج تأهيلية وتدريبية من شـــأنها تفـــرق بـــين الاعاقة العقلية والتوحدمن حيث، الذكاء ، والقـــدرات ، والخصـــائص والانفعاليـــة ، والاجتماعية ، والانفعالية .

2.4 التوصيات:

في ضوء نتائج الدراسة، يمكن التوصية بالاتي:

1. إجراء دراسات تتناول اتجاهات أسر ذوي الإعاقة نحو زواج ذوي الاعاقة وربطها بمتغيرات اخرى وتشمل المعاقين بشكل عام.
2. العمل على تطوير برامج إرشادية ليوعية أسر ذوي الإعاقة بحقوق ابناءهم لا سيما الاسرية منها.
3. العمل على توعية الأسر بالفروق بين الإعاقتين(العقلية والتوحد)من حيث الخصائص والمتطلبات .

قائمة المراجع

أ. المراجع العربية

أبو السعود، نادية إبراهيم. (2005). **الطفل التوحدي**، القاهرة، المكتب العلمي.

إبراهيم، عبد الصمد محمد (2009)، زواج المعاق ذهنياً في الفقه الإسلامي: دراسة مقارنة، **مجلة كلية الشريعة والقانون بأسيوط**، (1) 21، ص233-324.

ابو الحلاوة، محمد السعيد عبد الجواد،(2005) ،التربية الجنسية لذوي الإعاقة العقلية، كلية التربية،بدمنهور ، جامعة الاسكندرية، أطفال الخليج ذوي الاحتياجات الخاصة.

أشرف، أحمد عبد القادر.(2005). تحسين جودة الحياة كمنبئ للحد من الإعاقة، ندوة تطوير الأداء في مجال الوقاية من الإعاقة، **أطفال الخليج ذوي الاحتياجات الخاصة**، ص 89-128.

الأشول، عادل. (2005). نوعية الحياة من المنظور الاجتماعي والنفسي والطبي، **المؤتمر العلمي الثالث**، الإنماء النفسي والتربوي للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة كلية التربية جامعة الزقازيق في الفترة 15-16 مارس. ص 3- 13.

أبو موسى، سمية محمد جمعة (2008)، **التوافق الزواجي وعلاقته ببعض سمات الشخصية لدى المعاقين**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين

البطاينة، أسامة محمد. (2011). أثر برنامج تدريبي في تعديل اتجاهات والدي الأطفال التوحديين نحو أطفالهم، **مجلة دراسات**، جامعة اليرموك، اربد.

بولنج، *قياس الصحة*، حسين حشمت. مترجم،2007، القاهرة ، مجموعة النيل العربية.

الحساني، سامر (2005). **مدى فاعلية برنامج تعليمي لتنمية الاتصال اللغوي لدى أطفال التوحد في عمان**. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية: عمان، الأردن.

حسن، عبدالحميد سعيد.(2006). **جودة الحياة وعلاقتها بالضغوط النفسية** ، جامعة السلطان قابوس، مسقط ، عمان .

حسن، وردة (2010)، **جودة الحياة وعلاقتها بتقبل الوالدين لطفلهما المعاق**، رسالة ماجستير (غير منشورة) ، جامعة القاهره، كلية رياض الأطفال، قسم العلوم النفسية.

الحمدان، عبد الله إبراهيم.(2000). **حقائق عن التوحد**، السعودية، أكاديمية التربية الخاصة.

الحمدان،منى حمود(2016)،**اتجاهات طلبة جامعة مؤته نحو سلوك الغش وعلاقته بمفهوم الذات**، رسالة ماجستير، جامعة مؤتة.

حسين، علي اخلاص و محمد ، احمد طالب (2015)،**بناء مقياس لاتجاه طلاب الجامعة نحو الزواج، كلية التربية الاساسية** ، جامعة ديالي.

الخطيب، جمال (2010) **مقدمة في الإعاقة العقلية.** (ط1) عمان: دار وائل للنشر.

الخطيب، جمال والحديدي، منى (2009). **المدخل إلى التربية الخاصة**. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

خليل محمد، إيهاب (2009). **الأوتيزم (التوحد) والإعاقة العقلية**، دراسة سيكولوجية، (ط1). القاهرة: مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.

خلف الله، عذبة صلاح خضر (2015)، **جودة الحياة لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية بمراكز التربية الخاصة محلية الخرطوم**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، الخرطوم.

الخولي، سناء (2002)، **الزواج والعلاقات الأسرية**، ط4، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.

جابر، عبدالحميد جابرومحمد ،دعاء السيد وابراهيم،أماني سعيدة سيد(2013).**دراسة مقارنة للمهارات الحياتية للأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم في ضوء**

مستويات جودة الحياة لى أمهاتهم.العلوم التربوية ، العــدد الثالث،معهـد الدراسات والبحوث التربوية، القاهرة .

جابر،جابر عبدالحميدوالشيخ،سليمان الخضري،1978، دراسات نفسية في الشخصية العربية،القاهرة،دار الفكر العربي.

جميل، سمية طه (2001)، اتجاهات الوالدين نحو زواج أبنائهم المعاقين، **المؤتمر السنوي الثامن لمركز الإرشاد النفسي، الأسرة في القرن 21**، مركـز الارشاد النفسي، جامعة عين شمس، مصر، ص117-161.

الروسان، فاروق (2005). **مقدمة في الإعاقة العقلية**. (ط3). عمـان: دار الفكـر للطباعة والنشر والتوزيع.

الروسان، فاروق (2010). **سيكولوجية الأطفال غير العاديين**. (ط8). عمـان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

الروسان, فاروق (2003) **مقدمة فى الإعاقة العقلية** ، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، مكتبة جرير ، الطبعة الثانية .

الزارع، نايف (2010). **المدخل إلى اضطراب التوحد المفاهيم الأساسـية وطـرق التدخل**، (ط1)، عمان: دار الفكر للطباعة والنشر.

سليمان، شاهر خالد. (2010)، **قياس جودة الحياة لدى عينة من طـلاب جامعـة تبوك**، الرياض: رسالة الخليج العربي .

السعود، خالد محمد(2013). **اتجاهات الطلبة نحو التحاقهم بتخصص التربية الفنية في جامعة الملك فيصل** ، رسالة ماجستير.

شاهين، محمد أحمد وخليل، ريما عزام (2012)، **دور خدمات الرفاه الاجتماعي التأهيلية في تحسين جودة الحياة لدى أسر المعوقين عقلياً في القدس من وجهة نظر الوالدين**، مكتب الرفاه الاجتماعي، بلدية القدس، فلسطين.

طبال، سعاد محمد (2015)، **جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين ذهنياً: دراسة ميدانية بالمركز الطبي النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنياً**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، قسم العلوم الاجتماعية، جامعة محمد خيضر، الجزائر.

الظاهر، قحطان. (2008). **مدخل إلى التربية الخاصة.** (ط 2). عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.

عرنوس، هانئ أحمد. (2010). **أثر برنامج مقترح في تعديل السلوك لخفض أنماط سلوكية لدى أطفال التوحد،** رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، قسم علم النفس الإرشادي والتربوي، جامعة اليرموك، اربد.

عويس، عفاف أحمد . (2006). **جودة الحياة والذكاء الوجداني لطفل ما قبل المدرسة ،** القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

الفرماوي، عبد العزيز. (1999). جودة الحياة في جوهر الإنسان ، **المؤتمر الدولي السادس لمركز الإرشاد النفسي (جودة الحياة)** . جامعة عين شمس .القاهرة.

الفوزان، محمد بن أحمد بن عبد العزيز.(2002). **التوحد: المفهوم والتعليم والتدريب، مرشد إلى الوالدين والمهنيين،** دار عالم الكتب للطباعة والنشر والتوزيع، الرياض.

الكايد، محمد خالد. (2011). **التوحد: التشخيص والعلاج في ضوء النظريات،** منشأة دار المعارف، الإسكندرية.

محمد، عادل عبد الله. (2000). **مقياس الطفل التوحدي،** القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

محمد،سهام ابراهيم كامل.مفهوم الاتجاه، **مركز دراسات وبحوث المعوقين،** جامعة القاهرة.

هاشم، سامي محمد موسى. (2001). جودة الحياة لدى المعوقين جسمياً و المسنين و طلاب الجامعة .**مجلة الإرشاد النفسي،** جامعة عين شمس، العدد 13، القاهرة.

الهمص، صالح إسماعيل عبد الله. (2010). **قلق الولادة لدى الأمهات وعلاقته بجودة الحياة،** رسالة ماجستير، كلية التربية، عمادة الدراسات العليا، الجامعة الإسلامية في غزة.

مرسي، كمال (1996)، **التخلف العقلي،** الكويت، دار القلم.

محروس، محمد (1997)، **التخلف العقلـــي- الأســباب- التشــخيص- البــرامج**، القاهرة، دار غريب للطباعة.

منسي، محمود عبدالحليمو كاظم،علي(2006)،**ندوة علم الــنفس وجــودة الحيــاة**، جامعة السلطان قابوس، عمان.

العادلي ،كاظم كريدي خلف، إحساس الطلبة الجامعيين بجودة الحياة وعلاقته بــبعض المتغيرات، **مجلة كلية التربية الأساسية** ، المجلد20 العدد(82).

عمران، حنان عبد الحميد (2002)، **الصحة النفسية**، الطبعة الثالثة ، دار الفكــر للطباعة والنشر، عمان، الاردن .

عفانة، عزو اسماعيل وكباجة،نعيم عبد الهادي(1997)، **اتجاهات اولياء الأمور نحو سلوك ابنائهم الصم بمدينة غزة**،الجامعة الاسلامية بغزة، كلية التربية .

يحيى، خولة وعبيد، ماجدة (2005). **الإعاقة العقلية**. (ط1). عمان: دار وائــل للنشر والتوزيع.

شعبان ، منال(2015) http://specialeducation08.blogspot.com/2015/

مدونة الكترونية. http://www.almanalmagazine.com

ب . المراجع الاجنبية:

Aaron Doyle, & Judith Kleinfeld (2009), **"The educational aspiration / attainment gap among rural Alaska native students"** , University of Alaska Fairbanks 30 (3), 25-33.

American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.(2008)AAIDD.9th Ed. AAIDD. Washington D.C

Amram, Y. (2007): "**The Seven Dimensions of Spiritual Intelligence : an Ecumenical, Grounded Theory" Proceeding Of the 115th Annual Conference of the American Psychological Association,** San Francisco.

Autism Society Of America.(2003). **Papers about autism.Available at http://www.autism society.org/html.**

Colman, A .M. (2003**). A dictionary of psychology**. New York: Oxford University Press.

Crane L. (2001) Mental retardation: **A Community integration approach. Wadsworth Publishing.**

Hallahan, D.& Kauffman. J. (2002).**Exeptional Learning: Introduction to special education** (9th Ed.)Allyn& Bacon

Hawthorne,G. (1999):**The Assessment of quality of life(AQOL) instrument: A Psychometric measure of health related quality of life .Quality of life Research**,vol.8,pp.209-224.

Heal,DA(2008):Effectiveness Of Program guide for Parents in imporving the quality of life for the children with disabilites ,North American Journal of psychology ,vol,10 No .(2) ,p.p 156-168

Keith, K. D., Heal, L. W., &Schalock, R. L. (1996). **Cross-cultural measurement of critical quality of life concepts.Journal of Intellectual.**

Kirk, S. Gallagher, j. and Anastasiow, N. (2003). **Educating Exceptional Children**, (5th ed.). Bosten: Houghton Mifflin Company.

Longest, J.(2008): **Quality of life impact on mental health needs**, New York, Institute of Education Sciences.

Marshall, V. (2004). **Living with autism**, (1st, ed.). London: A Sheldon Press Book.

Rogerson. R.J. (1999) **Environmental and health-related quality of life: conceptual and conceptual and methodological studies.**

Ryfet,C. &Singer,B.(2006): **Best news yet on Sex-Factor model of well being. Social science Research** ,V35N(4)

Patton, J.R., Smith, M.B., and Payne, J.S.(1990): **Mental Retardation., Maxwell Macmillan International Publishing Group**, New York, Oxford, Singapore, Sydney,.

Clarke, O. (1982): **Living and Learning Mentally Handicapped people. London:** BalliereTindall.

Chapman, J. W., and Pitceathly, A.S., (1985): **Sexuality and Mentally Handicapped People: Issues of Sex Education, Marriage, Parenthood, and Care Staff Attitudes, Journal of Developmental Disabilities**, vol. 10, No. 4, 227-235 .

Elkins, T.E., and Andersen, H.F., (1992): **Sterilization of Persons with Mental Retardation, the Association for Persons with severe Handicaps, vol**. 17, No. 1, 19-26.

Bridget, Young, Helen, R, Mary, D, Alla. C,Kathryn. P(2007**): QoL study of The health Related QoL Of Disabled children**. Vol (49)p. p660-665.

Stanford, E. Ruben, Fong. Shan, Deborah, L. Thomas (2003):**Assessing changes in life skills &Quality of life resulting from rehabilitation services. the Journal of rehabilitation**. vol. (69). Issue. (3). P (4+).

Jiyeon Park, Ann. P.Turnbull. H, Rutherford, Turnbull. J,(2002**): Impact of poverty quality of life in families of children with disabilities: journal exceptional children.** vol(68) . issue(2). p.151.

Brusce, A. powell. Stewart, W.Mercercarson hart. (2002**): Measuring the impact of Rehabilitation services on the Qo L of disabled people in Cambodia. overseas Development Institute.Publisher by Blackwell publisher.**

Hampton, N. Z (1999): **quality of life of people with Substance disorders in Thailand: an exploratory study; journal of rehabilitation, vol.65, 3 pp 42- 55.**

Ruth. E. Dennis, Wes williams, Micheal, f. Giangreco, Chigee, J. cloninger(1993): **Quality of life as context for planning and evaluation of services for people with disabilities**. journal title .

الملاحق

الملحق (أ)

قائمة المحكمين

الملحق (أ)

قائمة المحكمين

الرقم	اسم المحكم	الرتبة الجامعية	التخصص	الجامعة
1	الدكتور احمد أبو اسعد	استاذ مشارك	ارشاد	جامعة مؤتة
2	الدكتور نبيل النجار	استاذ مشارك	قياس وتقويم	جامعة مؤتة
3	الأستاذالدكتور باسم الدحادحة	استاذ مشارك	ارشاد	جامعة مؤتة
4	الدكتور سامي الختاتنة	استاذ مساعد	ارشاد	جامعة مؤتة
5	الدكتور محمد عبد الرحمن	استاذ مساعد	تربية خاصة	جامعة مؤتة
6	الدكتور احمد ملحم	استاذ مساعد	تربية خاصة	جامعة مؤتة
7	الدكتور صبري طراونه	استاذ مساعد	قياس وتقويم	جامعة مؤتة
8	الدكتورة لمياء الهواري	استاذ مساعد	ارشاد	جامعة مؤتة
9	الدكتور عبد الناصر القرالة	استاذ مساعد	ارشاد	جامعة مؤتة
10	الدكتور صهيب التخاينة	استاذ مساعد	ارشاد	جامعة مؤتة
11	الدكتور انس ضلاعين	استاذ مساعد	ارشاد	جامعة مؤتة

ملحق (ب)
المقياس بصورته الأولية

جامعة مؤته / كلية الدراسات العليا /قسم الإرشاد والتربية الخاصة

حضرة الأستاذ الدكتور .... المحترم

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته :

تنوي الباحثة القيام بدراسة تحت عنوان **(اتجاهات أسر ذوي الاعاقة نحو زواج ابناءهم وعلاقتها بجودة الحياة)** ، وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الإرشاد النفسي و التربوي .

و لتحقيق أغراض هذه الدراسة قامت الباحثة ببناء مقياس (اتجاهات اسر ذوي الإعاقة نحو زواج ابناءهم) ، وذلك من اجل استخدامه في جمع البيانات اللازمة للرسالة .

وبما إنكم المختصون في هذا المجال يسر الباحثة أن تضع بين أيديكم هذا المقياس بصورته الأولية لقراءته و تحكيمه من حيث :

1 – الشمولية في الأداة .

2 – الصياغة اللغوية .

3 – إضافة أو حذف أو تقدير ما ترونه مناسباً .

علما بأن الإجابة على المقاييس ستكون وفق تدريج ليكرت :

موافق بدرجة كبيرة	موافق بدرجة متوسطة	موافق بدرجة قليلة	غير موافق	غير موافق بدرجة كبيرة

هذا وسيكون لآرائكم وتوجيهاتكم الأثر الفعال في تطوير الأداة ، لذا ترجو الباحثة إبداء رأيكم وتقديم أي ملاحظات أخرى ترونها مناسبة .

شاكرةً لكم حسن تعاونكم

فتقبلوا فائق الإحترام والتقدير

شريفة محمد الجعافرة

الرقم	محتوى الفقرة	مناسبة للموضوع		مناسبة للبيئة الاردنية		سلامتها اللغوية		التعديل إن وجد
		مناسبة	غير مناسبة	مناسبة	غير مناسبة	سليمة	غير سليمة	
1	اسعى الى تزويج ابني/ابنتي ذوي الاعاقة							
2	ارى ان ابني/ابنتي ذوي الإعاقة قادر على ان يكون اسرة							
3	اشعر بالإحباط عندما يرفض الاخرون الزواج بابني/ ابنتي ذوي الاعاقة.							
4	يستطيع ابني/ابنتي ذوي الاعاقة تحمل مسؤولية الزواج							
5	يحزنني بقاء ابني/ابنتي ذوي الاعاقة وحيدا دون زواج							
6	أجد صعوبة في تفهم فكرة زواج ابني/ابنتي ذوي الاعاقة							
7	انزعج من اصرار ابني /ابنتي ذوي الاعاقة على الزواج							
8	أشعر بالقلق الدائم من زواج ابني/ابنتي ذوي الاعاقة							
9	أرى أن ابني/ابنتي ذوي الاعاقة لا يستطيع الزواج							
10	أمانع من زواج ابني/ابنتي ذوي الاعاقة من شخص من ذوي الاعاقة							

الرقم	محتوى الفقرة	مناسبة للموضوع		مناسبة للبيئة الاردنية		سلامتها اللغوية		التعديل إن وجد
		مناسبة	غير مناسبة	مناسبة	غير مناسبة	سليمة	غير سليمة	
11	أعمل على تهيئة ابني /ابنتي ذوي الاعاقة للزواج اسوة بغيرة							
12	اشعر ان اعاقة ابني/ابنتي ذوي الاعاقة قللت من فرصته في الزواج.							
13	اشعر بالاكتئاب كلما رفض الاخرون الزواج بابني/ابنتي ذوي الاعاقة							
14	ارى ان الاعاقة هي سبب عدم زواج ابني/ابنتي ذوي الاعاقة .							
15	انحرج من البحث عن شريك لابني /ابنتي ذوي الاعاقة .							
16	ابحث عن مبررات لعدم موافقتي على زواج ابني /ابنتي ذوي الاعاقة .							
17	اتمنى ان ارى ابني/ابنتي زوجا /زوجة سعيداً.							
18	ارى أن ابني \ ابنتي ذوي الاعاقة مشكلة في التوافق الزواجي .							
19	افضل ان يتزوج ابني /ابنتي ذوي الاعاقة بمن يستطيع ان يقدم له الرعاية والمساعدة.							

الرقم	محتوى الفقرة	مناسبة للموضوع		مناسبة للبيئة الاردنية		سلامتها اللغوية		التعديل إن وجد
		مناسبة	غير مناسبة	مناسبة	غير مناسبة	سليمة	غير سليمة	
20	اخشى ان يتعرض ابني /ابنتي ذوي الاعاقة للعنف من شريك حياته.							
21	ارى ان زواج ابني/ابنتي ذوي الاعاقة امانا له بعد موتي							
22	اشعر انني لن اجد الشريك المناسب لابني/ابنتي ذوي الاعاقة							
23	ارى ان زواج ابني/ابنتي ذوي الاعاقة حلم قد لا اتمكن من تحقيقه							
24	ارى ان خوفي من فشل ابني/ابنتي ذوي الاعاقة في الزواج يمنعني من تزويجه.							
25	افضل ان يبقى ابني/ابنتي ذوي الإعاقة بلا زواج خوفا من المجهول.							
26	ارى ان ابني /ابنتي ذوي الاعاقة غير قادر على تحقيق متطلبات الحياة الزوجية.							
27	اخشى أن يفشل ابني/ابنتي ذوي الاعاقة في العلاقة الزوجية							
28	اخشى ان ينجب ابني/ابنتي ذوي الاعاقة اطفالا ذو اعاقة							
29	اخشى ان اقوم بتزويج ابني /ابنتي ذوي الاعاقة من احد يقوم باستغلالهم							
30	لا أشعر أن ابني \ ابنتي ذوي الإعاقة أنه أبا أما ناجحا.							

جامعة مؤته / كلية الدراسات العليا /قسم الإرشاد والتربية الخاصة

حضرة الأستاذ الدكتور .... المحترم

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته :

تنوي الباحثة القيام بدراسة تحت عنوان **(اتجاهات أسر ذوي الإعاقة نحو زواج ابناءهم وعلاقتها بجودة الحياة)**، وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الإرشاد النفسي و التربوي .

و لتحقيق أغراض هذه الدراسة قامت الباحثة ببناء المقياس **(مقياس جودة الحياة)** ، وذلك من اجل استخدامه في جمع البيانات اللازمة للرسالة ، ويتضمن المقياس ثلاثة ابعاد وهي: البعد الاول : جودة الحياة الشخصية، البعد الثاني : جودة الحياة الاسرية ، البعد الثالث: جودة الحياة الاجتماعية

وبما إنكم المختصون في هذا المجال يسر الباحثة أن تضع بين أيديكم هذا االمقياس بصورته الأولية لقراءته و تحكيمه من حيث :

1-مدى انتماء الفقرة للبعد.

2 – الشمولية في الأداة .

3 – الصياغة اللغوية .

4 – إضافة أو حذف أو تقدير ما ترونه مناسباً .

علما بأن الإجابة على االمقياس ستكون وفق تدريج ليكرت :

موافق بدرجة كبيرة	موافق بدرجة متوسطة	موافق بدرجة قليلة	غير أوافق	غير موافق بدرجة كبيرة

هذا وسيكون لآرائكم وتوجيهاتكم الأثر الفعال في تطوير الأداة ، لذا ترجو الباحثة إبداء رأيكم وتقديم أي ملاحظات أخرى ترونها مناسبة .

شاكرةً لكم حسن تعاونكم

فتقبلوا فائق الإحترام والتقدير

شريفة محمد الجعافرة

الرقم	محتوى الفقرة	مدى انتماء الفقرات للبعد		مناسبة للموضوع		مناسبة للبيئة الاردنية		سلامتها اللغوية		التعديل إن وجد
				مناسبة	غير مناسبة	مناسبة	غير مناسبة	سليمة	غير سليمة	
جودة الحياة الشخصية : رضا الاباء والامهات عن أنفسهم من حيث، الصحة الجسدية والعقلية ، تقدير الذات ، الثقة بالنفس ، الشعور بالسعادة .										
1	اشعر بالملل والرتابة في حياتي									
2	اواجة مشكلات حياتي بأرادة قوية									
3	أنام بصورة جيدة									
4	اشعرانني وحيد في هذا العالم									
5	اتمتع بروح معنوية مرتفعة									
6	اتناول المنبهات بكثرة									
7	اشعر بالخوف من المجهول									
8	اشعر ان لدي القدرة في اتخاذ القرارت									
9	اشعر بالرضا عما احققه									
10	اشعر ان لدي امل في الحياة									
11	أتناول ادوية لتساعدني على النوم									
12	اشعر بالعجز تجاه مسؤولياتي									
13	اشعر بأني فقدت الاهتمام بكل شيء									
14	اشعر بثقتي بنفسي									

الرقم	محتوى الفقرة	مدى انتماء الفقرات للبعد		مناسبة للموضوع		مناسبة للبيئة الاردنية		سلامتها اللغوية		التعديل إن وجد
				مناسبة	غير مناسبة	مناسبة	غير مناسبة	سليمة	غير سليمة	
جودة الحياة الاسرية : وهي رضا الاباء والامهات وادراكهم لعلاقاتهم الشخصية مع افراد اسرتهم وقدرتهم على التعامل الايجابي معهم										
15	اشعر بالاسى عندما اتذكر مستقبل ابني \ ابنتي ذوي الاعاقة									
16	أشعر بالرضا عن علاقات افراد اسرتي مع بعضهم البعض									
17	استمتع بوجودي في البيت مع ابني \ ابنتي ذوي الاعاقة									
18	اشعر بالخوف على ابني \ابنتي ذوي الاعاقة كلما تقدم بي العمر									
19	أقوم بدوري نحو ابني \ ابنتي ذوي الاعاقة									
20	اعاني من التفكير الكثير في مصير ابني \ابنتي ذوي الاعاقة									
21	استمتع بالوقت الذي اقضية مع ابني / ابنتي ذوي الاعاقة									
22	احرص على تلبية حاجات اسرتي									
23	اجد صعوبة في جعل ابنائي يتقبلون شقيقهم \شقيقتهم ذو الاعاقة									
24	اثق بان ابنائي يعتنون بأخيهم \ اختهم ذوي الاعاقة اثناء غيابي									
25	اوافق اسرتي على اسلوبها في حل المشكلات									
26	اشارك اسرتي باتخاذ القرارات									

الرقم	محتوى الفقرة	مدى انتماء الفقرات للبعد		مناسبة للموضوع		مناسبة للبيئة الاردنية		سلامتها اللغوية		التعديل إن وجد
				مناسبة	غير مناسبة	مناسبة	غير مناسبة	سليمة	غير سليمة	
جودة الحياة الاجتماعية :رضا الاباء والامهات وسعادتهم في العلاقات الاجتماعية مع الاخرين ورضاهم عن صداقاتهم ، والخدمات الاجتماعية المقدمة لهم .										
27	اتقبل اراء الاخرين ولا اتعصب لرأي									
28	احصل على دعم ممن حولي									
29	احترم اراء الاخرين حتى لو كانت ضد افكاري									
30	احتفظ باصدقاء مساندون									
31	احضى باحترام من حولي									
32	اشعر ان لدي القدرة على التواصل مع الاخرين									
33	اجد صعوبة في المشاركة في المناسبات الاجتماعية									

ملحق(ج)

المقياس بصورته النهائية

أختي الفاضلة، أخي الفاضل .... وفقك الله

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

بين يديك مقياسين ، **مقياس (اتجاهات أسر ذوي الإعاقة نحو زواج ابناءهم) ، مقياس جودة الحياة، لقياس "اتجاهات أسر ذوي الاعاقة نحو زواج ابناءهم وعلاقتها بجودة الحياة"**، وذلك لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الإرشاد النفسي والتربوي ، علماً أنه سيتم استخدام إجاباتك لأغراض البحث العلمي فقط ، لذا يرجى الإجابة على الفقرات بدقة ومصداقية ، بوضع إشارة(X) عند التدريج الذي يمثل رأيك .

... شاكرةً لكم حسن تعاونكم ...

أرجو التكرم بتعبئة بعض البيانات الشخصية...

1- الاسم			
2-نوع الاعاقة	توحد	عقلي	
2-النوع الاجتماعي	ذكر	انثى	

الباحثة: شريفة محمد الجعافرة

مقياس (اتجاهات أسر ذوي الإعاقة نحو زواج ابناءهم)

الرقم	العبارات	موافق بدرجة كبيرة	موافق بدرجة متوسطة	موافق بدرجة قليلة	غير موافق	غير موافق بدرجة كبيرة
1	اسعى الى تزويج ابني/ابنتي ذوي الاعاقة					
2	ارى ان ابني/ابنتي ذوي الإعاقة قادر على ان يكون اسرة					
3	اشعر بالإحباط عندما يرفض الاخرون الزواج بابني/ ابنتي ذوي الاعاقة.					
4	يستطيع ابني/ابنتي ذوي الاعاقة تحمل مسؤولية الزواج					
5	يحزنني بقاء ابني/ابنتي ذوي الاعاقة وحيدا دون زواج					
6	أجد صعوبة في تقبل فكرة زواج ابني/ابنتي ذوي الاعاقة					
7	انزعج من اصرار ابني /ابنتي ذوي الاعاقة على الزواج					
8	أرى أن ابني/ابنتي ذوي الاعاقة لا يدرك مفهوم الزواج					
9	أمانع من زواج ابني/ابنتي ذوي الاعاقة من شخص آخر من ذوي الاعاقة					
10	أعمل على تهيئة ابني /ابنتي ذوي الاعاقة للزواج اسوة بغيرة من الاشخاص غير المعوقين					
11	اشعر ان اعاقة ابني/ابنتي ذوي الاعاقة قللت من فرصته في الزواج.					
12	ارى ان الاعاقة هي سبب عدم زواج ابني/ابنتي ذوي الاعاقة .					
14	اشعر بالحرج من البحث عن شريك لابني /ابنتي ذوي الاعاقة .					
15	ابحث عن مبررات لعدم موافقتي على زواج ابني /ابنتي ذوي الاعاقة .					
16	اتمنى ان ارى ابني/ابنتي زوجا /زوجة سعيداً.					
17	ارى أن ابني \ ابنتي ذوي الاعاقة سيواجه مشكلة في التوافق الزواجي .					
18	افضل ان يتزوج ابني /ابنتي ذوي الاعاقة بمن يستطيع ان يقدم له المساعدة المناسبة					
19	اخشى ان يتعرض ابني /ابنتي ذوي الاعاقة للعنف من شريك حياته.					
20	ارى ان زواج ابني/ابنتي ذوي الاعاقة يشكل امانا له بعد موتي					
21	اشعر انني لن اجد الشريك المناسب لابني/ابنتي ذوي الاعاقة					
22	ارى ان زواج ابني/ابنتي ذوي الاعاقة حلم قد لا اتمكن من تحقيقه					
23	ارى ان خوفي من فشل ابني/ابنتي ذوي الاعاقة في الزواج يمنعني من تزويجه.					

24	افضل ان يبقى ابني/ابنتي ذوي الإعاقة بلا زواج خوفا من المجهول.					
25	ارى ان ابني /ابنتي ذوي الاعاقة غير قادر على تحقيق متطلبات الحياة الزوجية.					
26	اخشى أن يفشل ابني/ابنتي ذوي الاعاقة في العلاقة الزوجية					
27	اخشى ان ينجب ابني/ابنتي ذوي الاعاقة اطفالا ذو اعاقة					
28	اخشى ان اقوم بتزويج ابني /ابنتي ذوي الاعاقة باحد يقوم باستغلاله					

مقياس جودة الحياة:

الرقم	العبارات	موافق بدرجة كبيرة	موافق بدرجة متوسطة	موافق بدرجة قليلة	غير موافق	غير موافق بدرجة كبيرة
1	اشعر بالملل والرتابة في حياتي					
2	اواجة مشكلات حياتي بأرادة قوية					
3	أنام بصورة جيدة					
4	اشعرانني وحيد في هذا العالم					
5	اتمتع بروح معنوية مرتفعة					
6	اتناول المنبهات بكثرة					
7	اشعر بالخوف من المجهول					
8	اشعر ان لدي القدرة في اتخاذ القرارت					
9	اشعر بالرضا عما احققه مع ابني \ ابنتي ذوي الاعاقة					
10	اشعر ان لدي امل في الحياة					
11	أتناول ادوية لتساعدني على النوم					
12	اشعر بالعجز تجاه مسؤولياتي نحو ابني ابنتي ذوي الاعاقة					
13	اشعر بأني فقدت الاهتمام بكل شيء من حولي					
14	اشعر بثقتي بنفسي					
15	اشعر بالاسى عندما اتذكر مستقبل ابني \ ابنتي ذوي الاعاقة					
16	أشعر بالرضا عن علاقات افراد اسرتي مع بعضهم البعض					
17	استمتع بوجودي في البيت مع ابني \ ابنتي ذوي الاعاقة					

18	اشعر بالخوف على ابني \ابنتي ذوي الاعاقة كلما تقدم بي العمر					
19	أقوم بدوري نحو ابني \ ابنتي ذوي الاعاقة					
20	استمتع بالوقت الذي اقضية مع ابني / ابنتي ذوي الاعاقة					
21	احرص على تلبية حاجات اسرتي					
22	اجد صعوبة في جعل ابنائي يتقبلون شقيقهم \شقيقتهم ذو الاعاقة					
23	اثق بان ابنائي يعتنون بأخيهم \ اختهم ذوي الاعاقة اثناء غيابي					
24	اوافق اسرتي على اسلوبها في حل المشكلات					
25	اشارك اسرتي باتخاذ القرارات					
26	اتقبل اراء الاخرين ولا اتعصب لرأي دون اخر					
27	احصل على دعم ممن حولي					
28	احترم اراء الاخرين حتى لو كانت ضد افكاري					
29	احتفظ باصدقاء مساندون					
30	احضى باحترام من حولي					
31	اشعر ان لدي القدرة على التواصل مع الاخرين					
32	اجد صعوبة في المشاركة في المناسبات الاجتماعية					

المعلومات الشخصية

الاسم : شريفة محمد فالح الجعافرة

الكلية : العلوم التربوية

التخصص : الإرشاد النفسي والتربوي

السنة : 2016

البريد الالكتروني: sharifeh_jaafreh@yahoo.com